AUS DER PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK ZU KIEL.

Über die im Jahre 1909 in der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik beobachteten Fälle von Generationspsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Betty Warburg
aus Altona (Elbe).

Kiel 1915.
Druck von Schmidt & Klaunig.

AUS DER PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK ZU KIEL.

Über die im Jahre 1909 in der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik beobachteten Fälle von Generationspsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Betty Warburg
aus Altona (Elbe).

Kiel 1915.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 9.
Rektoratsjahr 1915/16.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Lüthje,**
z. Zt. Dekan.

Unter Puerperalpsychosen versteht man die psychischen Erkrankungen, die in den ersten 6 Wochen nach der Entbindung auftreten, während man die in der Schwangerschaft einsetzende Alienation als Graviditätspsychose, die zur Zeit des Stillens beginnende Krankheit als Laktationspsychose bezeichnet. Alle drei zusammen nennt man Generationspsychosen. Das Puerperium ist mit 8,6 %, die Laktation mit 10 % und die Gravidität mit 3 % vertreten. Da eine große Anzahl der weiblichen Kranken (früher 21 %, heute 4—6 %) an Psychosen leiden, die mit der Generationstätigkeit in engem Zusammenhang stehen, so haben sich die Ärzte schon im Altertum intensiv mit diesen Puerperalpsychosen beschäftigt, um so mehr, da man damals die Erkrankung allgemein für eine spezifische hielt und daher hoffte, die Ursache für die Entstehung leicht zu finden. Trotz der eifrigen Bemühungen, die zur Aufstellung der verschiedensten Theorien führten, ist es aber bis heute nicht gelungen, die Ätiologie festzustellen.

In neuerer Zeit bildeten sich drei Gruppen: die erste führt die Erkrankung auf Autointoxikation zurück, die für die Eklampsie allgemein anerkannt ist; die zweite Gruppe meint in erblicher Belastung und Prädisposition die Hauptursache gefunden zu haben, während die dritte und größte Gruppe exogene Infektion als ätiologisches Moment in den Vordergrund stellt. Ohlshausen schlug vor, die Puerperalpsychosen in Infektions-, Intoxikations- und idiopathische Psychosen zu teilen, doch würden dann die beiden ersten Gruppen im Verhältnis zur letzten sehr klein werden. Besser wäre eine Einteilung in symptomatische und idiopathische

Psychosen, wenn man sich nicht mit der rein zeitlichen Einteilung nach Gravidität, Puerperium und Laktation begnügen will. Als idiopathisch faßt man die Störungen auf, die auf Ursachen außerhalb der Generationsvorgänge zurückzuführen sind; hierzu gehören die Katatomie, Melancholie, Manie, die zirkulären Formen, Hysterie- und Epilepsiepsychosen; zu den symptomatischen geistigen Störungen gehören Amentia, Chorea und Eklampsie. Sie entstehen durch Infektion, Intoxikation, Erschöpfung oder andere mit der Generationstätigkeit in engem Zusammenhang stehende Ursachen.

Allgemein anerkannt ist heute, daß es eine spezifische Puerperalpsychose nicht gibt, und so müssen wir uns einstweilen mit der Feststellung von Momenten begnügen, die die Erkrankung begünstigen. Unter diesen ätiologischen Momenten ist die Infektion an erster Stelle zu nennen, denn nach Siemerling läßt sie sich in 24 % nachweisen; damit in Einklang steht auch die Abnahme der Generationspsychosen von 21 % auf 5 %, die durch die allgemeine Besserung der sanitären Verhältnisse, durch die Antisepsis und die bessere Schulung des geburtshilflichen Personals sich erklären läßt. Die Rolle, die der Erblichkeit zuerteilt wird, ist eine sehr wechselnde. Fürstner stellt 1874 in ätiologischer Hinsicht Heredität in den Vordergrund und läßt Chlorose, ungenügende und exzessive Entwicklung der Geschlechtsorgane, Anämie und Gemütseindrücke folgen. Hoche konstatiert bei 36,9 % der an Puerperalpsychosen Erkrankten eine im weitesten Sinne psychopathische Belastung im Gegensatz zu 32 % bei den überhaupt aufgenommenen Frauen. Siemerling hingegen glaubt, daß die erbliche Veranlagung ätiologisch viel unwichtiger ist als die Anämie, die von jeher als prädisponierend angesehen wurde. Für diese Ansicht spricht die Häufigkeit, mit der ein großer Blutverlust bei der Entbindung sich in der Anamnese der Patientinnen findet. Viel unwichtiger als Infektion, Intoxikation und erbliche Belastung sind die oft in den Vordergrund geschobenen psychischen Momente, die

in Nahrungssorgen, Angst vor der Entbindung, Gewissensbissen, Angst vor Schande usw. bestehen; dies läßt sich bis zu einem gewissen Grade durch die Feststellung beweisen, daß die unehelich Geschwängerten auf keinen Fall überwiegen (74,7 % Verheiratete, 23 % Ledige).

Bei der Betrachtung der einzelnen Krankheitsformen sehen wir, daß nach Siemerling eine symptomatische Psychose, das halluzinatorische Irresein, mit 55,4 % an erste Stelle zu setzen ist. Da bei allen Generationspsychosen die Erschöpfung eine gewisse Rolle spielt und während der Geburt schnell vorübergehende Delirien zur Beobachtung kommen, so kann es uns nicht verwundern, daß die durch exogene Momente verursachte Amentia gerade im Puerperium sehr häufig ist. Kraepelin fand allerdings nur 5 % entsprechend der engen Umgrenzung, daß bei der Amentia starrer Negativismus, Verbigeration, Mutazismus, Stellungsstereotypen und Manieren fehlen, während z. B. Bonhoefer ausgeprägte katatone Erscheinungen auch bei der Amentia nachwies. Ich lasse die ausführliche Krankengeschichte von 17 Fällen von Generationspsychosen folgen und möchte Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die freundliche Überlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank aussprechen. Es sind darunter 4 Fälle aus der Amentiagruppe, worunter ich nach Siemerling das plötzliche Einsetzen traumhafter Bewußtseinstrübung mit Verwirrtheit, zahlreiche und sehr lebhafte, meist unzusammenhängende Halluzinationen und Illusionen, Veränderungen in der motorischen Sphäre, die sich als gesteigerter Bewegungsdrang und stuporöse Hemmung darstellen, verstehe. Zwei Fälle verliefen als Amentia, einer als chronische Halluzinose (Irrealität der Halluzinationen erkannt) und einer war ein posteklamptischer Erregungszustand in Amentiaform. Das von Fürstner für das Puerperium als charakteristisch angeführte ganz akute Einsetzen und das schnelle Anwachsen der Symptome ist nur bei dem posteklamptischen Erregungszustand deutlich. Wie überhaupt bei der Eklampsie, so überwiegen

auch bei den eklamptischen Psychosen die Erstgebärenden. Die Prognose der Amentia ist gerade im Puerperium sehr günstig, es kommen etwa 70 % zur Heilung, während die übrigen Fälle in Verblödung übergehen. Auch von diesen 4 Fällen konnten 3 geheilt entlassen werden.

An zweite Stelle ist die Katatonie zu setzen, für die Runge 37 %, Meyer 31 % und Kraepelin 24 % angibt. Diese Differenz findet ihre Erklärung durch die verschiedene Auslegung des Begriffs „Katatonie". Wenn die Katatonie auch seltener bei Erstgebärenden ist als die Amentia, so sind auch diese Kranken meist unter 30 Jahren, wie überhaupt die Hälfte der Frauen, die an Generationspsychosen leiden, im Alter zwischen 20 und 30 stehen. Der Ausbruch der Erkrankung fällt meist in die Zeit, in der die Schädigungen der Geburt am stärksten nachwirken, nämlich in die beiden ersten Wochen nach der Entbindung. Die Prognose der Katatonie ist eine sehr schlechte; 64 % verlaufen ungünstig. Von den 6 Katatoniefällen von 1909 mußten 4 ungeheilt und einer gebessert entlassen werden; nur ein Fall, in dem Katatonie und Epilepsie kombiniert auftrat, wurde geheilt.

Über Manien und Melancholien herrschen heute noch sehr verschiedene Ansichten. Siemerling gibt die Manien mit 5 %, die Melancholien mit 12,5 % an. Es haben sich die Psychiater, was diese Erkrankungen betrifft, in 2 Gruppen gespalten; teils haben sie die Einteilung in einfache und periodische Melancholien und Manien und in zirkuläre Psychosen beibehalten, teils betrachten sie mit Kraepelin all diese Formen als Erscheinungsformen eines einzigen Krankheitsvorganges, den sie als „manisch depressives Irresein" bezeichnen. Infolge der Wandlungen in der Psychiatrie hat diese Erkrankung zugunsten anderer Formen abgenommen. Die Melancholien im Puerperium zeichnen sich durch ihre besondere Schwere aus. Der Suizidgedanke tritt sehr in den Vordergrund. Runge konstatierte ihn in 72 %, während Schott bei Melancholien im allgemeinen nur 38 % fand. Auch bei

beiden Melancholien unter diesen Fällen wurde ein Conamen suicidii gemacht. Die eine Melancholie wurde gebessert entlassen, die andere Kranke und eine an Manie leidende Pat. starben an Pneumonie. Für die Melancholie und die reine unkomplizierte Manie ist die Prognose sehr gut, wird aber durch die Selbstmordversuche bei der Melancholie verschlechtert; auch neigen diese Kranken zu Rezidiven. Es kommen ca. 85 % zur Heilung.

Die Häufigkeit der hysterischen Generationspsychosen gibt E. Meyer mit 9,7 %, Runge mit 11 % an. Das Erscheinen hysterischer Psychosen in den verschiedenen Generationsphasen kann uns nicht wundern, da physiologischer Weise nervöse Störungen, Angstzustände und Reizbarkeit in der Gravidität vorkommen. Am häufigsten ist die Hysterie bei Erstgebärenden, und treten die psychischen Störungen auf hysterischer Basis meist in Form von Depressions- oder Verwirrtheitszuständen auf. Je ein Fall dieser Formen wurde 1909 beobachtet, während die dritte an Hysterie leidende Pat. nur über Schmerzen klagte. Zwei konnten gebessert, eine geheilt entlassen werden. Die Prognose ist meist eine gute.

Die Epilepsie tritt selten zuerst in der Gravidität, im Puerperium oder in der Laktationsperiode auf, hingegen übt nach Binswanger das Wochenbett einen ungünstigen Einfluß darauf aus. Es wurde 1909 in Kiel ein Fall beobachtet, der in der Gravidität entstanden war und bei dem sich die Anfälle in den folgenden Schwangerschaften vermehrten. Aus der Klinik konnte die Pat. gebessert entlassen werden.

Die Gesamtprognose der Generationspsychosen hängt von derjenigen der einzelnen Formen ab, ist aber durch die gute Prognose der Amentia, Melancholie und der hysterischen Psychosen als günstig zu bezeichnen. Nach Siemerling kommen ca. 60 % der Fälle zur Genesung. Die Prognose ist bei Erstgebärenden und jüngeren Individuen günstiger.

Die wesentliche Prophylaxe liegt auf geburtshilflichem Gebiete; man muß weiter bemüht sein, die exogenen Ursachen zu verringern, und muß Frauen, die schon eine Psychose in der Zeit durchgemacht haben, vor erneuter Konzeption warnen; ist diese eingetreten, so muß man auf jede Weise versuchen, die Widerstandsfähigkeit des Körpers zu heben. Den künstlichen Abort soll man nicht einleiten, da Rezidive nicht sehr häufig sind und auch die Schwere der Erkrankung im Falle eines Rezidivs nicht dieselbe zu sein braucht.

Die Therapie ist je nach der Erscheinungsform eine verschiedene, doch kann man für alle Fälle die Regel aufstellen, daß eine Anstaltsbehandlung die geeignetste ist, eine Heilung zu erzielen.

Fall I. Frau Emma N., 35 Jahre alt.

I. Erkrankung 1902. Pat. war stets gesund. 1900 1. Entbindung normal. 2. Entbindung 26. 10. 1902, auch normal. Die Frau stillte selbst. Am 6. 11. träumte Pat., ihr erstes Kind sei überfahren worden (am Tage hatte ihr die Nachbarin erzählt, ein kleines Kind sei überfahren worden). In der folgenden Nacht regte sie sich bei Feuerlärm sehr auf, fürchtete ohne Ursache, es sei das Nachbarhaus, das brenne. Von da an redete die Pat. auffallend viel, u. a. von „Häuser kaufen". Auch Äußerungen, sie wolle sich und den Kindern das Leben nehmen, wurden gemacht. Im ganzen war die Stimmung heiter, doch hörte sie Stimmen, sah Tiere. Sie meinte, sie werde wahnsinnig, und führte unzusammenhängende Reden. Die Klinik hielt sie für ein Stift, die Mitpatienten für Bekannte. Am 13. 11. wird sie in der hiesigen Klinik aufgenommen. Sie zeigt starke motorische Unruhe, Rededrang, Ideenflucht, ist desorientiert, hat Sinnestäuschungen, wechselnden Affekt, Krankheitsgefühl. Am 2. 12. treten Menses auf. Am 23. 1. 1903 wird sie gegen ärztlichen Rat ungeheilt entlassen. Zu Hause war sie noch 8 Tage schwer besinnlich und dann ganz gut bis 1909.

II. Erkrankung 1909. Anamnese am 2. 10. abgegeben von der Nachbarin der Pat.

Ref. kennt Pat. erst seit 4 Jahren und hat sie angeblich in der Zeit nie abnorm gefunden. Die 3. Entbindung vor 4 Jahren war normal, Pat. stillte damals nicht. Am 18. 9. erfolgte die 4. Entbindung normal, ohne ärztliche Hilfe. Der Blutverlust war nicht besonders stark. Pat. hatte viel Milch, stillte aber nicht aus Zeitmangel. Am 3. Tage nach der Entbindung wurde sie sonderbar, räsonierte immer, erzählte viel von

dem Aufenthalt hier in der Klinik. Die Erregung steigerte sich immer mehr; sie konnte nichts mehr tun. Sie war nicht ängstlich, hatte keine Sinnestäuschungen, keine Wahnideen; keine Krämpfe, Ohnmachten oder Schwindelanfälle.

Status.

Größe 160, Gewicht 52, Temperatur 38. Muskulatur und Ernährung mäßig, Gesichtsfarbe etwas blaß. Kopf nicht empfindlich. Pupillen etwas über mittelweit, gleich, rund. R. L. pos., R. C. pos., A. B. frei. VII symmetrisch. Zunge ruhig. Gaumenbogen gehoben. Sprache o. B. Stimme heiser. Geringer Tremor man. Reflexe o. E. pos. Vasomotorisches Nachröten lebhaft. Bauchdeckenreflexe pos., Knie- und Achillesphän. lebhaft. Zehen plantar, Gang o. B. Sensibilität intakt. Puls 108, regelmäßig, weich, mäßig gefüllt. Leib nicht druckempfindlich. Pat. ist bei klarem Bewußtsein, örtlich und zeitlich vollkommen orientiert bei der Untersuchung. Sie hält sich für gesund und will sich untersuchen lassen, weil der Mann es nicht glaubt. Sie gibt aber auch an, daß sie Kopfschmerzen und Angst habe vor Träumen. Pat. spricht fast ununterbrochen sehr lebhaft, schweift leicht ab, schließt die Augen. Abends ist sie sehr erregt.

7. 10. Pat. ist sehr unruhig, spricht dauernd, singt, zieht sich aus und geht mit entblößtem Oberkörper im Saal umher. Fragen nach der Zeit beantwortet sie vollkommen richtig.

Am 14. 10. wird sie im Dauerbad plötzlich ängstlich, rennt in den Saal, schreit, hat weite Pupillen, ist blaß und meint, der Pat. neben ihr sei Gift eingegeben worden und ihr sollte soeben auch Gift gegeben werden. Sie redet fortwährend laut und inkohärent, manchmal in Reimen, hört Stimmen, meint, daß auf sie gescholten würde.

28. 10. Pat. ist dauernd etwas unruhig, spricht viel vor sich hin, bleibt jedoch im Bett und ißt gut.

10. 11. Die Kranke ist wieder unruhiger, fragt beim Essen dauernd zuerst, ob sie es dürfe, ob kein Gift darin sei. Pat. ist dauernd konfus, spricht ohne Sinn und Zusammenhang, meint am 1. 12., sie wolle ihren Mann haben, sie höre ihn aus der Wand heraussprechen.

6. 12. wird sie vom Mann ungeheilt abgeholt.

Fall II. Frau Johanna B., 24 Jahre alt.

Anamnese am 20. 8. abgegeben vom Mann und Bruder.

Die Pat., die seit November 1908 verheiratet ist, hat die Schwangerschaft angeblich gut durchgemacht, ist immer ruhig, doch von weichem Gemüt gewesen. Außer einer Diphtherie mit 11 Jahren war Pat. als Kind nie krank. Bis zur Heirat blieb sie bei der Mutter zu Hause. Am 6. 8. begannen die Wehen, am 9. 8. folgte die Entbindung mit der Zange, und auch die Nachgeburt mußte geholt werden. Der Blutverlust war groß. Es fand ein Dammriß statt. Schon vor der Geburt am 9. 8. hatte Pat. hohe Temperatur (40°), während der Geburt ging sie herunter, nach der

Entbindung aber stieg die Temperatur aufs neue. Am 10. 8. fühlte sich Pat. sehr matt, war aber ruhig. Am 11. 8. stieg die Temperatur über 40,4, um 7 Uhr abends Puls 140; die Pat. bekam einen Schüttelfrost, fühlte sich danach sehr matt, die Temperatur fiel auf 38° und sie schlief einige Stunden. Am 12. 8. war die Temperatur wieder 39,8. P. hatte außer viel Durst keine Klagen. Am Mittag trat ein neuer Schüttelfrost auf, nachher 40° Temperatur, und abends wurde die Kranke in die Frauenklinik gebracht. Am 18. 8. wurde Pat. von der Frauenklinik in die psychiatrische Klinik verlegt, wo sie vor der Untersuchung ihre Personalien richtig angab.

Status.

Pat. ist grazil gebaut, Muskulatur und Ernährung mäßig, Gesichtsfarbe blaß. Der Kopf ist auf Beklopfen nicht empfindlich. Pupillen sind mittelweit, gleich und rund. R. L. pos., R. C. pos., A. B. frei. VII symmetrisch. Zunge gerade, zittert nicht, stark belegt. Rachen o. B. Sprache frei. Vasomotorisches Nachröten lebhaft. Schweißfriesel an der Brust. Kein Tremor man. Fingernasenversuch sicher. Kniephän. schwach. Achilles nicht deutlich. Zehen lebhaft plantar. Sensibilität intakt. Schmerzempfindung normal. Puls 125, regelmäßig, ziemlich kräftig. Herztöne paukend, rein. Lungenatmen rein. Leib etwas aufgetrieben, nicht gespannt, bei tieferem Eindrücken schmerzhaft.

Genitalbefund: Gr. Labien etwas ödematös, an der Innenseite der linken gr. Schamlippe Erosionen. Dammriß II. Grades, etwas schmutzig belegt, Umgebung gerötet und etwas erodiert. Gegen Ende der Untersuchung versinkt Pat. in Schlaf, aus dem sie nur durch lauten Anruf zu wecken ist. Obwohl ihr vorhin gesagt wurde, wo sie sei, antwortet Pat. a. B.: im Anscharkrankenhaus. A. B.: Sie habe Pferde gesehen, was sie sonst noch gesehen habe, wisse sie nicht, Perseveriert: „Ich weiß nicht, ich weiß nicht . . . .“

Nach ruhig verbrachter Nacht liegt Pat. am 19. 8. mit lächelndem Gesichtsausdruck da, ist zeitlich und örtlich orientiert. Temperatur 37,6. Nahrungsaufnahme mangelhaft. Pat. ließ unter sich gehen. A. B. erzählt sie, sie habe in der Frauenklinik schlecht geschlafen, habe Bäume und Kisten gesehen, außerdem massenhaft Männer, die viel gesprochen hätten und drohend gegen sie gewesen seien. Während der Abendvisite fängt Pat. plötzlich an, mit den Füßen rhythmisch zu stoßen, und ruft dabei mit geschlossenen Augen und verändertem (verklärtem) Gesichtsausdruck: „O mir ist wohl!“ Auf energischen Anruf öffnet sie die Augen erstaunt und sagt a. B.: sie sei in der Hölle gewesen, habe eine alte Frau, ihre Mutter, gesehen. Sie habe am ganzen Leib Schmerzen gehabt, spüre nun nur noch etwas im Kopf. Pat. beantwortet Fragen nach Ort, Jahr und Monat prompt und richtig. Vor dem Anfall Temperatur 38,5.

Am 20. 8. liegt Pat. nach ruhiger Nacht apathisch da und macht einen abwesenden Eindruck.

Abends, am 21. 8., gerät die Kranke nach der Injektion von 0,002 Dub. 0,01. M. in einen Erregungszustand, schlägt mit der Schnabeltasse die dicke Glasplatte des Nachttisches in Trümmer. Nachts um 2 Uhr schreit Pat. plötzlich und singt laut, schlägt mit Händen und Füßen um sich, beißt und muß ins Isolierhaus gebracht werden, wo sie etwas ruhiger wird, singt und verbigeriert.

Am 22. 8. starke motorische Erregung. Pat. singt, schreit und beißt den Arzt in die Hand.

23. 8. Pat. singt und redet fast ohne Unterbrechung zusammenhanglos, ist dabei leicht ablenkbar. Ein gewisser Rhythmus ist im Gesang zu erkennen.

25. 8. Pat. ist noch unruhig. Ißt gut; wenn sie aber merkt, daß Brom darunter ist, verweigert sie die Aufnahme und behauptet, sie würde vergiftet.

28. 8. Pat. liegt ruhig im Bett, schläfrig. Bei Befragen nach dem Befinden beginnt sie zu weinen.

30. 8. Die Stimmung ist wechselnd, Pat. singt, weint und lacht.

Am 31. 8. begrüßt Pat. Ref. mit: „Guten Morgen, Vater“ (wer bin ich?), „Du bist doch mein lieber Vater“, will Ref. die Hand küssen.

4. 9. Pat. macht noch einen verwirrten Eindruck; gibt a. B. Ort und Zeit nicht an; zeigt beim Besuche ihres Mannes am 6. 9. ein zurückweisendes Benehmen.

8. 9. Pat. macht einen gespannten Eindruck, wechselt rasch im äußeren Verhalten.

11. 9. Die Kranke schimpft und lacht viel, ist nur im Bad ruhiger. Sie legt sich zu einer älteren Dame ins Bett, liebkost sie als ihre Großmutter, schreit und beißt um sich, als sie in ihr Bett zurückgebracht wird.

18. 9. Pat. ist jeder Exploration unzugänglich, verhält sich abweisend.

Am 24. 9. ist sie ruhiger geworden, ist dauernd erotisch in ihrer Sprechweise, zieht dabei einzelne Ärzte vor.

Am 27. 9. ist sie wieder unruhiger, singt aufrecht im Bett sitzend mit lachendem Gesicht Lieder.

7. 10. Pat. ist in den letzten Tagen ruhiger; macht einen matten Eindruck. Auf Fragen gibt sie geordnet Auskunft.

10. 10. Pat. weist Nahrung zurück, ist stuporös.

Am 17. 10. erhält Pat. Besuch von Mann und Vater; nach kurzer Zeit wird sie plötzlich sehr erregt, schrie, der Mann solle machen, daß er fortkomme, und drängte aus dem Bett. Pat. wurde ins Isolierhaus verlegt, wo sie nachmittags a. B. erklärte, sie habe furchtbare Angst gehabt.

23. 10. Pat. liegt ruhig zu Bett, während der Visite gewöhnlich mit geschlossenen Augen, reagiert nicht auf Begrüßung.

25. 10. Die Kranke sitzt wieder viel aufrecht im Bett und blickt träumend zum Fenster hinaus, läßt sich nicht stören, wehrt bei jeder Anrede ab, gibt keine Antwort. Abends geht sie dem Arzt aus dem Bett

entgegen, lachend, mit dem Suppenteller in der Hand, und tritt ihm auf den Fuß und sagt nachher lachend: „das ist mein Fuß".

Am 26. 10. wird Pat. gegen ärztlichen Rat vom Manne abgeholt.

Am 27. 10. wird die Kranke vom Manne zurückgeschickt, wird ins Isolierhaus ins Dauerbad gebracht; ist beim Ausziehen sehr widerstrebend.

Nach Aussage des Mannes war Pat. zu Hause zuerst ruhig, aß aber wenig. Nachts schlief sie garnicht und der Mann mußte sie dauernd festhalten, da sie fortdrängte. Am Morgen bekam sie plötzlich einen kurzen Schreianfall und danach schlief sie bis 2 Uhr. Nach dem Erwachen war sie sehr erregt und warf alles zu Boden, was sie in die Hand bekam. Unterwegs verhielt sie sich ruhig.

Abends sitzt sie in hockender Stellung im Bad, hat vergnügten Gesichtsausdruck, gibt auf Fragen lächelnd Antwort, plaudert mit der Badepflegerin. Sie erzählt, es sei ihr zu Hause schlecht gegangen. Viel habe sie nicht gegessen, 2 Stücke Brot mit Wurst. A. B.: Ich darf nicht mehr essen, ich wußte nicht, ob ich es essen darf. Wer gesagt? Eine junge Frau hat das gesagt, weiß nicht, wie sie heißt, darf auch nicht abwaschen usw.

28. 10. Nachts war Pat. ruhig, morgens singt sie vor sich hin, den ganzen Tag liegt sie stuporös auf dem Bodenbett, gibt auf Aufforderung stumm lächelnd die Hand.

Am 12. 11. ist sie wieder in der Baracke, wo sie tanzt und singt, sich aber gutwillig ins Bett zurückbringen läßt.

18. 11. Pat. liegt meist stuporös da, ist abweisend, fragt bei Begrüßung herausfordernd: „Was wünschen Sie?"

Am 5. 12. rennt Pat. beim Besuche des Mannes plötzlich aus dem Bette, um ihm zu entrinnen. Spricht fast nichts mit ihm.

Am 7. 12. springt sie plötzlich aus dem Bett zu einer Patientin, die das Essen unberührt stehen läßt, und versucht, sie zu füttern. Sie begeht mehr impulsive Handlungen.

Am 22. 12. Pat. fast stuporös, gibt nach langem Zögern manieriert die Hand, spricht den ganzen Tag kein Wort, interessiert sich für nichts.

28. 12. In den Weihnachtstagen war die Kranke ruhiger und wird aus der Isolierzelle nach Baracke II verlegt. Sie macht einen ruhigen, geordneten Eindruck und ist bei der Begrüßung nicht im geringsten manieriert.

3. 1. 1910. Pat. steht täglich etwas auf; war anfangs dadurch noch leicht ermüdet. Sie zeigt jetzt Krankheitseinsicht und scheint sich gut zu erinnern, daß sie ziemlich erregt war.

19. 1. Pat. ist fleißig, gut gestimmt, freut sich über ihre Genesung und schämt sich über ihr krankhaftes Benehmen während der Erregungszustände. Sie ist örtlich orientiert. Sie erinnert sich fast aller Einzelheiten ihrer Krankheit; es komme ihr jetzt vor, als sei alles ein Traum gewesen. Sie weiß, daß sie einen Tag zu Hause war, und gibt an, es sei ihr da

alles fremd vorgekommen. Daß sie eine Pat. habe füttern wollen, daß sie die Hand nicht gegeben und nicht gesprochen habe, erinnert sie nicht. Des Benehmens beim Besuch des Mannes erinnert sie sich und sagt, es sei ihr wie Angst gewesen. Seit Weihnachten ungefähr fühle sie sich besser. Sie sei froh, daß sie wieder gesund sei.

Pat. zeigt gleichmäßig gute Stimmung, beschäftigt sich und wird am 27. 1. 1910 geheilt entlassen.

Am 7. 5. Katamnese abgegeben vom Mann. Der Kranken ist es gut gegangen, sie macht alle Hausarbeiten wie früher, besorgt ihr Kind, zeigt Interesse dafür. Ist in jeder Beziehung wie früher, weint nie, Stimmung immer gleichmäßig, Menses regelmäßig. Pat. sieht ein, daß sie sehr krank war, hält ihre Handlungen während der Krankheitszeit für krankhaft. Ernährungszustand leidlich kräftig.

Fall III. Frau Helene B., 24 Jahre alt.

I. Erkrankung 1907. Pat. war stets gesund. Der Vater war Potator. Sie heiratete mit 24 Jahren, machte 1905 die erste Entbindung durch (ein uneheliches Kind von ihrem Mann). Das Kind mußte mit der Zange geholt werden und starb während der Geburt. Die zweite Entbindung erfolgte am 20. 1. 1907 und war normal; sie stillte ihr Kind selbst. Seit Pfingsten wurde sie dann traurig und verzagt, und dieser Zustand nahm allmählich zu. Sie meinte, sie sei arm und habe nichts anzuziehen, alle Leute sprächen über sie und sähen sie an; so wurde sie menschenscheu. Sie weinte viel, schlief schlecht und machte im Juli den Versuch, sich zu erhängen. Die Aufnahme erfolgte am 13. 9. 1907. Pat. hielt sich nicht für krank, meinte, sie sei zu allem unfähig; sie habe ihren Mann unglücklich gemacht. Stimmen hörte sie nicht; sie ist sehr gehemmt. Bei ihrem Aufenthalt in der Klinik wiederholt sie häufig: „Ich bin ja nicht krank", ist gedrückt und weint viel. Sie verlangt dringend ihre Entlassung und wird am 6. 11. gegen ärztlichen Rat ungeheilt entlassen. Zu Hause war sie anfangs gut, besorgte den Haushalt, schlief und aß gut.

II. Erkrankung. Anamnese abgegeben vom Manne am 24. 1. 1909.

Pat. machte am 20. 9. 1908 ihre dritte Entbindung durch; sie verlief normal. Vor einer Woche hatte sie die letzte Regel; seit ca. 1/4 Jahr ist die Stimmung eine sehr wechselnde, sie spricht viel und verwirrt. Sie schlief jedoch meistens gut, aß wenig. Seit dem 23. 1. ist sie fortwährend aufgeregt und bange, sie glaubt, es komme jemand; „da steht ja schon wieder einer". Auch wollte sie nicht essen, weil sie das Essen für vergiftet hielt. Wenn jemand hereinkam, erschrak sie. Kein Conamen suicidii. Sie las in letzter Zeit viel heiligen Kram.

Status.

Gewicht 48,6, Temperatur 36,8. Pupillen mittelweit, gleich, rund. R. L. pos., R. C. nicht zu prüfen. Sie sträubt sich heftig, will sich

überhaupt nicht untersuchen lassen. A. B. frei. VII symmetrisch. Sprache o. B. Zunge gerade, zittert, ist belegt. Kein Tremor man. Kniephän. ziemlich lebhaft, Achilles pos., Zehen plantar. Mechanische Muskelerregbarkeit gesteigert. Vasomotorisches Nachröten pos. Kein Romberg, Gang sicher. Sensibilität nicht zu prüfen. Herztöne rein. Puls 88, ungleichmäßig, ziemlich schwach. Abdomen nicht druckempfindlich. Pat. ist unruhig und spricht zerfahren. Auf Befragen, wie es ihr gegangen sei: „Ja, — — — ich hör bloß immer — — — was hab ich bloß alles gesehen, fürchterliche Angst“ — — — Auf die Frage, wen sie gesehen: „Aber nein — — — dann sahen sie mich alle so an, kamen ins Zimmer, sahen aus wie ausgestopft.“ Sie gibt an, es sei ihr so, als wenn sie was Böses getan hätte. Auf die meisten Fragen antwortet sie „ja ja ja, o nein, nein, nein“. Sie horcht dauernd nach allen Geräuschen in der Umgebung, spricht manieriert und geziert, ist bei der ganzen Untersuchung äußerst widerstrebend. Sie drängt auch manchmal blindlings aus dem Bett, schreit und ist sehr ängstlich.

28. 1. Pat. wird ruhiger, ißt aber fast garnicht mehr, stößt die ihr gereichte Nahrung zurück, es sei Gift darin.

5. 2. Die Kranke redet viel vor sich hin, sinnlos, zerfahren, knüpft an Vorgänge ihrer Umgebung an, lacht zuweilen unmotiviert grell auf.

Vom 12. 2. an steht Pat. täglich kurze Zeit auf, spricht viel vor sich hin, scheint lebhaft zu halluzinieren und Beschimpfungen zu hören.

Am 17. 2. ist sie etwas ruhiger, geht in den Garten, unterhält sich lebhaft mit alten Bekannten und schreibt an ihren Mann einen geordneten Brief.

Am folgenden Tage ist sie wieder erregter, und diese Erregung steigert sich; sie beschimpft auch den Arzt und die Pflegerinnen, ist zuweilen aggressiv; sie greift den Arzt bei der Visite jedesmal an, ist sehr erotisch. Anfang April ist sie zeitweise starr und gespannt, zeitweise erregt, läuft umher, schlägt nach den anderen Patienten, plärrt und schreit.

23. 4. Pat. ist wirr, zerfahren; abwechselnd ängstlich, furchtsam und gereizt, aggressiv. Sie schreit sinnlos, grimassiert. Der Schlaf ist leidlich. Sie ißt nur, wenn sie gefüttert wird.

Am 28. 4. wird sie ungeheilt nach Schleswig überführt; dort blieb sie 1½ Jahr und kehrte dann geheilt nach Hause zurück

III. Erkrankung im Oktober 1913. Im Jahre 1912 machte Pat. eine normale Entbindung durch. Das Kind starb nach 14 Tagen an zu fetter Kost. Die Frau grämte sich nicht und war psychisch nicht krank. Die letzte Entbindung war am 26. August; sie war leicht, und auch das Wochenbett verlief normal. Sie stillte das Kind, setzte es vor einer Woche ab und wurde da krank. Sie bekam Kopfschmerzen, war bald vergnügt, bald traurig. Sie war ruhig, hörte keine Stimmen, machte keinen Selbstmordversuch, war nicht verwirrt, hatte keine Angst, fühlte sich aber unruhig und hatte das Gefühl, als wenn sich im Kopf etwas verschoben habe. Sie meint, die vorige Erkrankung, an die sie sich noch voll erinnert,

habe ebenso begonnen, diese sei aber nicht so schlimm. Sie ist vollkommen geordnet, ruhig und klar und kann am 6. November als geheilt entlassen werden.

10 Tage ging es zu Hause ganz gut, dann wurde sie wieder unruhig, weinte, meinte, sie könne nicht arbeiten, und äußerte häufiger, sie wolle sich aufhängen, machte aber keinen Selbstmordversuch. Sie kam auf eigenen Wunsch in die Klinik zurück. Sie ist sehr deprimiert, setzt sich starr hin, meint, zu Hause habe sie vor Unruhe und Angst immer das Gegenteil von dem tun müssen, was sie habe tun wollen. Auch habe sie das Gefühl gehabt, sich selbst oder jemand anders umbringen zu müssen. Verfolgungs- und Beziehungsideen sind nicht vorhanden. Die Kranke hat Erscheinungen, die sie ängstlich machen, sie sieht ihren Sarg, kann aber die Erscheinungen vom Wahren wohl unterscheiden. Im Dezember hat Pat. immer noch ein schreckhaft ängstliches Wesen, ist gegen Geräusche sehr empfindlich. Mitte Dezember hat sie noch zeitweilig Angstgefühle und Halluzinationen, denen gegenüber die Kritik völlig erhalten zu sein scheint. Sie befürchtet, wie früher krank zu werden, ist Beruhigungsversuchen aber nicht unzugänglich. Im Januar 1914 ist das Befinden meist gut, Pat. ist fleißig, freundlich und zugänglich. Mitunter treten Tage auf, an denen sie das Gefühl „innerer Leere und Angst“ noch hat; sie bleibt dann zu Bett und nach 1 bis 2 Tagen gehen derartige Zustände meist vorüber. Die Stimmung ist noch oft wechselnd, besonders gedrückt z. Zt. der Menses, im ganzen aber geht es der Kranken viel besser, wenn sie auch noch keinen ganz freien Eindruck macht. Am 24. Mai wird sie vom Manne nach Hause geholt.

Fall IV. Frau Marie H., 21 Jahre alt.

Pat. wurde am 21. 7. 1909 wegen eines posteklamptischen Erregungszustandes hier in die Klinik gebracht (genaue Krankengeschichte I. D. von Emil Goepel, Kiel 1912).

Pat. war im Jahre 1908 schon einmal in der hiesigen Klinik wegen hysterischer Krämpfe, konnte aber nach 7 Tagen geheilt entlassen werden.

Die Pat. wurde am 18. 7. in die Frauenklinik gebracht, nachdem sie am 17. 7. zu Hause entbunden war. Morgens traten die ersten Wehen auf, abends war die normale Entbindung eines 4 kg schweren Knaben.

Am 18. 7. morgens waren Krämpfe aufgetreten, die sich alle Stunden wiederholten und als eklamptische erkannt wurden.

Am 27. 7. entwickelte sich ein Erregungszustand, der ihre Überführung in die psychiatrische Klinik am 21. 7. verursachte. Dort machte sie erst einen schwer besinnlichen Eindruck, ängstlich und leicht benommen. Von der Entbindung wußte sie nichts mehr.

Noch am 25. 7. ist Pat. ängstlich und mißtrauisch, meint, es sei etwas zwischen dem Essen. Nachts glaubt die Kranke vom Licht behext zu sein.

Am 27. 7. ist die Pat. ruhig und klar und kann am 4. August in die Frauenklinik zurükgelegt werden.

Fall V. Frau Berta E., 25 Jahre alt.

Anamnese abgegeben vom Sanitätsmann am 13. 3. 1909.

Über Heredität nichts bekannt. Vor 4 Wochen entbunden. Über Wochenbett nichts bekannt. Seit dem 10. 3. sehr aufgeregt, ängstlich, glaubte, sie solle hingeschlachtet werden. Machte allerhand Verkehrtheiten, wollte im Bett bleiben, wenn sie aufstehen sollte, kam aus dem Bett, wenn sie liegenbleiben sollte. Näheres nicht bekannt.

Status.

Größe 1,47, Gewicht 44,7, Temperatur 37,8. Grazil gebaut, dürftige Ernährung, schlaffe Muskulatur, blasse Haut, Hände und Füße zyanotisch. Schädel auf Druck und Beklopfen angeblich etwas empfindlich. Pupillen über mittelweit, gleich, rund; der linke Bulbus steht etwas höher als der rechte und ist leicht nach außen rotiert. Das linke Lid hängt etwas (angeblich angeboren). R. L. nicht zu prüfen, da Pat. ängstlich zurückweicht, die Augen verdreht, R. C. pos. (träge, unausgiebig, gestern Injektion). A. B. frei. VII symmetrisch. Zunge gerade, etwas belegt, zittert. Reflexe o. E. pos., leichter Tremor man. Mechanische Muskelerregbarkeit gering. Vasomotorisches Nachröten nicht deutlich. Abdominalreflex pos., Knie- und Achillusphän. pos. Kein Klonus. Zehen plantar. Hyperhidros pedum. Pinselberührung langsam aber richtig lokalisiert. Spitz und stumpf anscheinend unterschieden, aber nicht richtig angegeben, da Pat. Aufforderung schwer auffaßt. Schmerzempfindung normal. Kein Romberg. Pat. steht leicht hintenübergeneigt. Starke Lordose der Lendenwirbelsäule, Gang breitbeinig, watschelnd, langsam. Puls 108, sehr schwach, regelmäßig, Herztöne rein, Herzdämpfung nicht vergrößert. Lunge o. B. Rechte Mamma noch ziemlich groß, derb, druckempfindlich. Ektatische Venen in der Haut. Linke Mamma auch noch etwas vergrößert, weich, leicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich. Auf beiden Handrücken zwischen Daumen und Zeigefinger flache, strahlige Hautnarben. Pat. gibt an, hier früher „Drüsen“ gehabt zu haben.

13. 3. Pat. ist örtlich und zeitlich unorientiert, gibt auf Befragen z. T. ganz verkehrte inkohärente Antworten. Im Bett ziemlich laut, redet pathetisch vor sich hin. Schlafmittel werden ausgespuckt, nach einer Injektion schläft sie ein. Bleibt ruhig.

14. 3. Pat. sitzt während der Untersuchung scheu und ängstlich auf ihrem Stuhl, ist sehr langsam in ihren Bewegungen, gehemmt, versinkt leicht. Gibt auf Befragen noch an, seit einigen Tagen komme ihr alles verändert vor, sie könne sich garnicht mehr zurechtfinden, sehr ängstlich, ißt schlecht, läßt sich auch nicht füttern.

15. 3. Nachts ist die Kranke plötzlich sehr ängstlich, meint, es seien Mäuse und Kreuzottern in ihrem Bett, schreit laut, Injektion. Morgens dauernd aus dem Bett, verwirrt, ratlos; ihr sei gesagt worden, sie komme ins Irrenhaus, dann wieder, sie komme anderswo hin, sie wisse nun garnicht, was richtig sei. Ißt und trinkt nicht, sträubt sich heftig.

17. 3. Ruhiger, aber noch ängstlich. „Es spricht immer hinter mir, daß ich verdammt und verflucht bin, ich werde ja immer behext.“ Sträubt sich wieder beim Füttern.

19. 3. Seit gestern still, liegt meist mit geschlossenen Augen im Bett, läßt erhobene Glieder schlaff fallen, ißt wenig.

21. 3. Sie ißt noch immer schlecht. Fieber, klagt über Stiche in der rechten Brust. In beiden Mammae Knoten, sehr empfindlich; auf Druck entleert sich besonders Kolostrum und Milch.

23. 3. Pat. trauriger Stimmung, gehemmt, fragt unvermittelt, warum verhöhnen und verspotten mich hier alle? und gibt a. B. an, die anderen Patienten sprächen dauernd über sie.

27. 3. Sie ist still, traurig, gehemmt, ratlos, weint zuweilen, fragt, was sie eigentlich verbrochen habe, alle höhnten und verspotteten sie.

20. 4. Dauernd mutistisch, lacht jetzt sehr viel, wenn man sie anredet.

4. 5. Nachts zweimal ohne ersichtlichen Grund aufgeschrien, antwortete nicht auf Befragen. Extremität steif.

12. 5. Die Kranke muß dauernd gefüttert werden. Sie antwortet auf Fragen nicht, lächelt nur. A. B., ob sie noch Stimmen höre, beginnt sie zu weinen.

6. 6. Die Kranke muß dauernd zum Essen genötigt werden, gibt auf Fragen keine Antworten, lächelt, grimassiert, nimmt Stellungen ein, spricht nicht.

Am 18. 6. tritt morgens ein hysteriformer Anfall mit lebhafter Jaktation ein.

2. 7. Pat. spricht nicht, auch nicht auf Fragen, weint häufig unmotiviert oder lächelt blöde vor sich hin. Sie ißt fast nie spontan, muß meist gefüttert werden.

31. 7. Stuporös, nur zuweilen Durchbrechung des Stupors. Pat. springt plötzlich auf, wirft sich lang im Bett oder auf der Erde hin oder macht wilde Gestikulationen mit den Armen.

5. 8. Stumpfes Verhalten, das Lächeln hat einem fast ausdruckslosen Blick Platz gemacht. Sie bleibt zu Bett, reagiert nicht auf äußere Reize.

11. 8. Etwas freier, hebt bei Anrede den Kopf, lächelt, ohne zu antworten.

16. 8. Pat. verhält sich ruhig, steht auf, geht im Garten spazieren.

30. 8. unverändert stumpf, zeitweise deprimiert, weint ohne Grund.

16. 9. Die Kranke lief gestern plötzlich aus dem Saal, warf sich auf die Treppe und ließ sich herunterrutschen. Sie ist mutistisch, negativistisch, mußte wieder gefüttert werden.

26. 9. Pat. putzt sehr fleißig, spricht aber noch garnicht, lächelt auf Fragen nur.

14. 10. Wechselndes Verhalten, die Kranke hilft eine Zeitlang, setzt sich dann wieder still, starr in eine Ecke, bewegt sich nur, solange man sie antreibt (wie eine Gliederpuppe).

1. 11. Pat. steht weinend umher, ißt plötzlich nicht mehr, will abends zum Fenster hinaus.

5. 11. Sie liegt fast regungslos lächelnd im Bett, Hände und Unterschenkel zyanotisch. Sie ißt wieder sehr reichlich.

18. 11. Sie ist noch immer sehr still, tut fast garnichts. Anfang Dezember hilft sie zeitweise etwas bei der Arbeit, ist sonst unverändert und wird am 17. 12. ungeheilt nach Schleswig entlassen.

Katamnese: Aus dem uns freundlichst zur Verfügung gestellten Journal der Klinik in Schleswig entnehmen wir, daß die Pat. dort allmählich ganz schwachsinnig geworden ist.

Fall VI. Frau Caroline C., 35 Jahre alt.

Anamnese abgegeben vom Mann am 25. 8. 1909.

Keine Blutsverwandtschaft, keine Heredität. Sie war als Kind nie krank, hatte mit 19 Jahren Gelenkrheumatismus, lernte gut in der Schule, war nachher in Stellung und heiratete mit 21 Jahren. 1. Entbindung am 19. 7. 1909, normale Geburt. Sie stillte 14 Tage, bis der Arzt es verbot. Vom 9. Tage an leichtes Fieber, es traten Schmerzen und Entzündungen am linken Oberschenkel auf (Krampfadern). Pat. ist seit einigen Tagen wieder aufgestanden, klagt aber noch über Schmerzen im Bein. Vor 8 Tagen bemerkte der Mann eine Änderung der Stimmung. Sie „grübelte“ viel, saß meist still da, antwortete einsilbig mit ja oder nein, nur zeitweilig fuhr sie ihren Mann oder ihre Schwiegermutter ganz plötzlich an: „Mach, daß Du herauskommst“; auch äußert sie oft, es säße etwas auf dem Boden, das beeinflusse das Verhältnis zu ihrem Mann und wolle sie auseinander und sie selbst in die Erde bringen. Vor 3 Tagen glaubte sie, das Kind sei tot, und schrie laut auf. Keine Verfolgungsideen, keine Verkennung der Umgebung. Sie aß weniger als früher. Nachts meist ruhig, zweimal ging sie aber aus dem Fenster heraus (die Tür war verschlossen) und legte sich ins Stroh. Beim Zurückbringen sträubte sie sich sehr und schimpfte. Ängstlich war sie angeblich nie. Kein Conamen suicidii, doch lag in einer Nacht das Brotmesser im Bett. Sie hat nicht unter sich gehen lassen, nur heute morgen auf dem Abort die Finger beschmutzt. Sie äußerte einige Male, ihr Mann wolle sie ermorden. Keine körperlichen Klagen, kein Schwindel, keine Anfälle.

Status.

Kräftig gebaut, grobknochig. Wangen gerötet, gesunde Gesichtsfarbe. Schleimhäute blaß. Kopf auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Pupillen mittelweit, gleich, rund. R. L. pos. R. C. pos. A. B. frei. VII symmetrisch. Zunge gerade, zittert nicht, etwas belegt. Rachenreflex fehlt, Gaumenbogen gleichmäßig gehoben. Konjunktivalreflex herabgesetzt, spontanes Sprechen o. B. Reflexe der o. E. erhöht. Vasomotorisches Nachröten lebhaft. Abdominalreflex pos. Kniephän. sehr lebhaft. Ödem des ganzen linken Beines. Rechts langsamer Ausschlag der Zehen nach oben, links kein Ausschlag. Gang o. B. Kein Romberg. Puls 126, weich,

wenig gefüllt, gespannt, regelmäßig. Spitzenstoß hebend, nach außen verlagert, Dämpfung nach beiden Seiten etwas vergrößert. Herztöne laut, paukend, keine deutlichen Geräusche.

Während der Untersuchung ist Pat. sehr widerstrebend, drängt mehrmals weg, ruft: „Mutter, Mutter, ach mein Sohn", steht dann wieder regungslos da, läßt einen emporgehobenen Arm eine Zeitlang stehen. Nach der Untersuchung fängt sie an zu jammern: „Ach, Herr Doktor, kann ich gehen?" Als Leute vorbeigehen, hält sie diese für ihre Verwandten.

26. 8. Nach ruhiger Nacht macht Pat. morgens einen gesperrten Eindruck, liegt mit geschlossenen Augen da, gibt nur auf einzelne Fragen Antwort. A. B. sagt sie, sie sei so ängstlich, es sei ihr, als solle sie von Hunden zerrissen werden. Sie habe das die Damen (Pflegerinnen) sagen hören.

27. 8. Pat. liegt mit krampfhaft geschlossenen Augen da, hält lange Zeit in beschwörender Weise die Hand in die Höhe, zeigt ausgesprochene Katalepsie, gibt jedoch auf Fragen vorübergehend Antwort, ohne die Augen zu öffnen.

1. 9. Pat. ist sehr ängstlich, sie meint, ihr Mann sei gestorben, sie könne nicht hierbleiben, Hundefleisch essen, sie habe doch gar keine Sünde getan, es werde ihr immer zugerufen.

3. 9. Pat. ist ängstlich, gespannt, kommt häufig aus dem Bett, läuft auf den Flur, bleibt hier wie gebannt stehen, lauscht.

6. 9. Sie ist ruhig, besonnen, klar, hört keine Stimmen mehr, weiß noch, daß sie vor wenigen Tagen heftige Angst gehabt habe und immer aus dem Bett geklettert sei.

7. 9. Sie ist wieder ängstlich, kommt oft aus dem Bett, spricht zuweilen laut vor sich hin.

10. 9. Sie fragt oft den Arzt, die Pflegerin, ob sie nicht auch die Damen am Fenster hätten sprechen hören, meint, es sei auf sie abgesehen. Sie macht viel so rätselhafte Angaben und wundert sich, wenn man sie nicht versteht.

13. 9. Das Verhalten ist sehr wechselnd, teils traurig, ängstlich, teils ziemlich klar, orientiert und ruhig.

18. 9. Die Pat. steht nachts auf, angeblich hat sie einen Brief an ihren Mann schreiben wollen, er solle sie abholen. Sie gibt oft sinnlose, nicht zur Frage passende Antworten, redet vorbei.

22. 9. Pat. kommt noch oft aus dem Bett, hört viel Stimmen.

25. 9. Sie möchte gern nach Hause, hält sich jetzt wieder für ganz gesund, meint, sie sei früher ja wirr im Kopf gewesen. Sie bittet, aufstehen zu dürfen, durch das ewige Liegen werde man ja ganz verrückt.

30. 9. Die Kranke ist leidlich geordnet und ruhig, macht noch immer einen etwas traumhaft verwirrten Eindruck; sie hat sich am 29. 9. mit dem Mann gut unterhalten.

4. 10. nachmittags geht die Kranke in den Garten, ist still, hält sich allein.

Am 5. 10. treten Menses auf. Pat. liegt am folgenden Tage still, fast regungslos, im Bett mit traurigem Gesichtsausdruck. Gegen ärztlichen Rat wird sie als gebessert entlassen.

Auf Erkundigung vom 31. 1. 1910 wird vom Manne mitgeteilt, daß die Pat. die ersten 4 Wochen noch bösartige Zeichen geistiger Störung gezeigt habe, daß sie die Hausarbeit weniger gut verrichte als vor der Krankheit, daß sie aufgeregter und gleichgültiger geworden sei.

Fall VII. Frau Frida S., 27 Jahre alt.

Anamnese abgegeben vom Mann am 12. 8. 1909.

Pat. ist unehelich geboren, vom Vater nichts bekannt, die Mutter jung in Schleswig an Geisteskrankheit gestorben. Pat. war immer etwas schwächlich, jedoch nie krank. Nach der Schule war sie in 3 Stellungen und heiratete mit 18 Jahren. Die Ehe war glücklich. Sie hatte 5 Kinder, 1 Abort, war ruhig und immer gut gestimmt. 3 Wochen nach Ostern wurde sie mittags plötzlich starr und blaß, sprach und antwortete nicht, machte einen ängstlichen Eindruck, als man sie zu Bett brachte. Nachmittags wurde sie in den Garten geführt. Da blieb sie 1—2 Stunden starr stehen, ohne sich zu rühren und zu sprechen. Gegen Abend wurde sie plötzlich wieder gut und sagte, es sei ihr so sonderbar gewesen, sie habe allerlei vor Augen gesehen. 2 Tage nach dem Anfall trat die Periode sehr stark auf. Seitdem arbeitete sie nichts mehr, lag meist zu Bett, schlief schlecht, war aber immer ruhig. Manchmal stand sie auf Aufforderung auf und strickte, gab aber die Beschäftigung ohne Aufmunterung gleich wieder auf. Sie war gedrückt und machte sich dauernd Vorwürfe, daß sie von der Hämatose, die ihr 2 Tage vor ihrem ersten Anfall wegen Schwäche vom Arzt verordnet worden war, zu viel genommen hätte. Sie glaubt, sie hätte sich versündigt, ihren Mann und ihre Kinder ins Unglück gebracht. Ihre Sünde könne ihr nicht vergeben werden. Auch auf Zureden ißt sie wenig. Ihre Bedürfnisse verrichtet sie von selbst. Als man vor 3 Wochen davon sprach, sie in die Klinik zu bringen, sprang sie in einen 7 Fuß tiefen Brunnen, an dessen Kante sie sich aber noch festhielt. Sie war schon 10 Minuten im Wasser, als der Nachbar sie herausholte. Anfälle oder Kopfschmerzen hat sie nie gehabt. Die Periode war regelmäßig. Von der Pat. selbst erfahren wir noch, daß sie im September 1908 geboren und das Kind gestillt hat, obgleich sie mit dem Haushalt und den 5 Kindern viel Arbeit hatte. Dadurch sei sie schwach geworden, aber nervenkrank sei sie nicht und den Selbstmordversuch habe sie nur aus Angst vor der Klinik gemacht.

Status.

Größe 1,55, Gewicht 42,4, Temperatur 37,4. Grazil gebaut, Turmschädel, blasse Hautfarbe, reduzierte Ernährung. Kopf auf Beklopfen nicht

empfindlich. Pupillen mittelweit, rund, gleich. R. L. pos. R. C. pos. A. B. frei. Angewachsene Ohrläppchen, etwas Prognathie, auffallend kleiner Unterkiefer, VII symmetrisch. Zunge gerade, stark belegt, zittert nicht. Rachenreflex pos. Gaumenbogen gleichmäßig gehoben, keine artikulatorische Sprachstörung. Sehr lebhaftes vasomotorische Nachröten. Kein Tremor man. Mechanische Muskelerregbarkeit erhöht. Abdominalreflex pos. Mammae stark empfindlich. Patellar- und Achillesreflex lebhaft. Zehen plantar. Puls 108, klein, wenig gespannt, regelmäßig.

14. 8. Die Kranke macht einen sehr ängstlichen und gedrückten Eindruck, glaubt, sie werde nie besser, hat Versündigungsideen.

26. 8. Pat. läßt den emporgehobenen Arm eine Zeitlang in derselben Stellung, um ihn dann langsam sinken zu lassen; sie fürchtet, vergiftet zu werden, ist still, traurig und gehemmt, fängt bei Anrede jedesmal an zu weinen, antwortet nicht auf Fragen.

Im September bringt sich die Kranke überall Wunden bei und reißt alle Pflaster ab. Sie ist dauernd gedrückt und jammert.

Am 10. 11. wird sie ungeheilt vom Manne abgeholt.

Fall VIII. Frau Dorothea B., 33 Jahre alt.

I. Erkrankung 1895 mit 17 Jahren. Behandlung in Schleswig. Pat. hat mit 16 Jahren menstruiert. Die damalige Erkrankung verlief unter dem Bilde einer Manie. Die Kranke war sehr wechselnd, erklärte, ohne ihren „Wilhelm“ nicht leben zu können (eine Kartenlegerin hatte ihr die Ehe mit ihm in Aussicht gestellt). Sie fährt auf andere Kranke los, will sie küssen, ist stets erotisch gestimmt. Pat. lacht viel in sich hinein und spricht sich nicht aus; sie kann nach einem sechsmonatigen Aufenthalt genesen aus der Anstalt entlassen werden.

II. Erkrankung 1903 mit 25 Jahren. Pat. ist seit 1898 verheiratet, hat 3 gesunde Kinder, war dauernd gesund. Am 24. 1. war die letzte normale Entbindung. Pat. stillte das Kind, arbeitete vom 4. Wochenbetttage an. Am 8. 4. kam Pat. mit einem Los nach Hause und machte von da an lauter Verkehrtheiten, lief auf den Hof, nur in Hemd und Rock, spricht Unsinn. Bei der Untersuchung gibt Pat. über die Vorfälle zu Hause keine Auskunft, ist in allen Bewegungen langsam und müde; der Gesichtsausdruck ist etwas leer, traumhaft, manchmal ein leichtes Lächeln, häufig schmatzende Lippenbewegungen. Später ist die Pat. sehr unruhig, bleibt aber dauernd orientiert, ist abweisend, nicht erotisch. Am 18. 4. Eintritt der Menses, später wird sie stuporös, spricht am 28. 4. zum 1. Mal spontan. Im Mai hellt sie sich langsam auf, ist aber noch abweisend und spricht wenig. Am 3. 6. wird sie vom Mann gebessert abgeholt.

III. Erkrankung 1909. Anamnese am 12. 10. vom Manne abgegeben.

Bei der Entlassung 1903 war Pat. angeblich noch nicht gesund, sprach wenig, war gleichgültig; erst nach 8—14 Tagen wurde sie plötzlich besser, arbeitete alles auf und hatte auch Krankheitseinsicht. Die ganzen

folgenden Jahre ging es ihr gut. Am 9. 5. 1908 Geburt eines Mädchens, das sie bis jetzt nährte. 1904 Geburt eines Jungen, den sie drei Jahre nährte, ohne daß es ihr schadete. Die Periode ist seit der letzten Entbindung nicht wieder aufgetreten. Vom 7. 10. fing Pat. an, schlecht zu schlafen, klagte über Kopfschmerzen und Herzklopfen und konnte die Arbeit nicht mehr schnell verrichten, besorgte aber die Kinder. Verarmungsideen hatte sie nicht.

Status.

Größe 1,58, Gewicht 55, Temperatur 36,2. Mittelkräftig; ganz gute Muskulatur und Ernährung. Gesunde Gesichtsfarbe. Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Pupillen mittelweit, gleich, rund. R. L. pos. R. C. nicht zu prüfen, da Pat. nichts fixiert. A. B. frei. VII symmetrisch. Zunge gerade, in der Mitte dick belegt. Gaumenbogen gleichmäßig gehoben. Sehr schmaler, rinnenförmiger Gaumen. Backenzähne alle kariös. Rachenreflex fehlt. Mechanische Muskelerregbarkeit gering. Vasomotorisches Nachröten nicht deutlich, große Mammae pendulae ziemlich weich; keine besondere Resistenz fühlbar, nicht druckempfindlich. Abdominalreflex pos., Kniephän. ziemlich lebhaft, Achilles pos., Zehen plantar. Kein Romberg. Gang sicher. Pinselberührungen werden etwas ungenau lokalisiert. Spitze und Knopf werden nicht unterschieden (mangelndes Auffassungsvermögen). Schmerzempfindung ist herabgesetzt (physische Indolenz). Puls 92, regelmäßig, mäßig kräftig. Herztöne rein. Lungen o. B. Leib weich.

Auf Befragen erzählt Pat., daß sie sich sehr matt fühle; in der Nacht, als sie aus dem Fenster geguckt habe, um frische Luft zu haben, habe sie viele Stimmen von Männern und Frauen gehört, die sie nicht habe verstehen können. Andere Sinnestäuschungen habe sie nicht gehabt. Die Menses habe sie nach der Entbindung noch nicht wieder gehabt; sie habe damals wegen Wehenschwäche ärztliche Hilfe gebraucht; habe viel Blut verloren. Die Nachgeburt sei geholt worden. Die Pat. antwortet bereitwillig auf alle Fragen, macht einen etwas müden Eindruck, apathisch; sitzt still, ziemlich ausdruckslos auf ihrem Stuhl.

13. 10. Pat. liegt ruhig im Bett, starrt apathisch vor sich hin, ist gesperrt und antwortet nach langer Pause auf Fragen wie aus der Pistole geschossen.

20. 10. Pat. ist unruhig, drängt sinnlos weg; beim Versuch, sie hinzulegen, rennt sie nach der anderen Ecke des Zimmers, schreitet gravitätisch mit hocherhobenem Arm zu ihrem Bett, bleibt eine Zeitlang wie eine Statue stehen, macht dann plötzlich einen Purzelbaum, entblößt sich gänzlich vor dem Arzt, faßt ihn heftig an, ist schwer von ihm loszureißen.

28. 10. Stuporöser Zustand. Antwortet auf alle Fragen einsilbig mit lächelnder Miene: „Ich weiß nicht!“

Am 22. 12. tritt zum ersten Male die Menstruation auf; das Verhalten bleibt dauernd stuporös, mutistisch.

Am 14. 3. 1910 wird Pat. ungeheilt nach Schleswig entlassen.

Katamnese: Aus dem uns freundlichst zur Verfügung gestellten Journal der Schleswiger Klinik ersehen wir, daß der Zustand der Kranken dauernd sehr wechselnd ist; teils ist sie heiter, stumpf, freundlich, teils gereizt und zu tobsüchtigen Ausbrüchen geneigt.

Fall IX. Frau Frida J., 27 Jahre alt.

Anamnese abgegeben am 17. 7. 1909 vom Mann.

Der Vater ist geisteskrank gestorben; sonst keine Heredität, keine Blutsverwandtschaft. Früher war Pat. immer gesund. Ist seit 3 Jahren verheiratet, hat 3 gesunde Kinder; Entbindungen waren normal. Kein Abort. Das jüngste Kind ist am 5. 6. geboren und hat Pat. es bis jetzt gestillt (andere Kinder ohne Störung gestillt). Seit 3 Wochen ist Pat. krank, und zwar, wie durch den Arzt ermittelt wurde, an gonorrhoischen Gelenkaffektionen; sie wurde (vor Feststellung der Ätiologie 2 Wochen post partum vom Mann infiziert) mit Einpackungen und Medizin behandelt und bekam, wenn sie schwitzte, Angstanfälle, meist abends. Kein Taed. vit., kein Conamen suicidii. Pat. fürchtet immer, zu sterben, und weinte, sie bekomme die Krankheit ihres Vaters und werde nicht wieder gesund. Der Schlaf war unruhig, sie kam aber nicht aus dem Bett; der Appetit war gering, viel Durst vorhanden. Seit der Geburt besteht ununterbrochen leichter blutiger Ausfluß (Lochien). In letzter Zeit übelriechend. Keine Schmerzen im Unterleib. Die Temperatur war anfangs hoch, jetzt 37,3.

Status.

Größe 1,58, Gewicht 67, Temperatur 37,2. Knochenbau kräftig, Muskulatur mäßig gut, ziemlich reichlicher Panniculus. Kopf auf Beklopfen nicht empfindlich. Pupillen über mittelweit, gleich, rund. R. L. pos. R. C. pos. A. B. frei. VII symmetrisch. Zunge gerade, zittert leicht, etwas belegt. Gaumenbögen gleichmäßig gehoben. Würgreflex pos. Reflexe o. E. st pos. Patellarreflex links pos., rechts nicht zu prüfen. Achillessehnenreflex pos. Zehen plantar. Vasomotorisches Nachröten und mechanische Muskelerregbarkeit nicht erhöht. Abdominalreflex nicht auslösbar. Sensibilität: Berührung richtig lokalisiert, spitz und stumpf unterschieden, Schmerzempfindung normal. Herztöne rein, Puls 88, ziemlich klein und regelmäßig. Abdomen etwas aufgetrieben. Perkussion überall tympanitisch, in den unteren Partien leicht druckempfindlich. Objektiv nihil. Rechte untere Extremität leicht ödematös, am Unterschenkel bleiben auf Druck leichte Dellen stehen, das rechte Kniegelenk ist geschwollen: Umfang um die Mitte der Patella rechts 41½ cm, links 39½ cm. Berührung schmerzhaft, Bewegung ausgeschlossen. A. B. gibt Patientin an, daß sie schon als Kind viel an Kopfschmerzen, Herzklopfen und Angstgefühl gelitten habe, dann sei sie immer gesund gewesen und auch dies Wochenbett sei normal verlaufen, am 7. Tage sei sie aufgestanden und habe fleißig gearbeitet, sei seit 3 Wochen krank, habe Stimmen von vielen Menschen

gehört, die lachten und weinten. Manchmal habe sie auch Blitze gesehen und Donner gehört, glaubte, in die Hölle zu kommen. Pat. ist etwas schwer besinnlich, versinkt leicht, ist örtlich orientiert.

Am 18. 7. hat Pat. unvermittelt einen starken Angstanfall, schreit tierisch, ist kaum abzulenken, nicht zu beruhigen, gibt später an, Druck auf den Kopf und Beklemmung in der Herzgegend seien so schrecklich gewesen, daß sie so schreien mußte. Abends erneuter Anfall.

Die Kranke verhält sich wechselnd, bald unruhig, bald mutistisch, negativistisch; verweigerte die Nahrungsaufnahme.

10. 8. Pat. liegt dauernd mit starrem Gesichtsausdruck da, fixiert kaum, antwortet nicht.

25. 8. Pat. ist immer noch stuporös, hat freieren Gesichtsausdruck, hebt bei Anrede höchstens etwas den Kopf, schläft genügend, ißt auf Fütterung. Sie wird vom Manne abgeholt und ungeheilt gegen ärztlichen Rat entlassen.

Fall X. Emma N., ledig, 24 Jahre alt.

Wird am 4. 8. 1909 von Verwandten gebracht; diese geben an, daß Pat. bis zum 16. Lebensjahr immer gesund, aber „bockig" war. In der Schule kam sie gut mit, habe aber später oft Stellung gewechselt, weil sie nicht arbeiten wollte. Bald trieb sie sich herum, bald blieb sie im Bett. Die mit Kopfschmerzen einhergehenden Menses waren unregelmäßig. Seit dem 16. Jahre habe sie „Anfälle", die darin bestehen, daß Pat. mitten in der Arbeit eine sonderbare Stellung einnimmt, mit starren Augen und zurückgebeugtem Kopf nach oben schaut, dabei mit den Armen in der Luft herumgreift und sich rund dreht. Nach etwa 1/2—1 Minute lacht sie dann plötzlich auf und arbeitet weiter. Die Anfälle treten etwa alle paar Tage auf. Sie ist nie hingefallen; beim Anrufen während des Anfalles sieht sie den Rufenden an. Ein Blaß- oder Blauwerden des Gesichtes ist nicht beobachtet worden. Sie war stets allein, sprach wenig, ging aber gern zum Tanz. Anfang Mai verließ sie ihre Stellung wegen Gravidität, war zu Hause, wo sie ihre Arbeit verrichtete und nie Erregungszustände hatte. Vor zwei Tagen redete sie wirr, vom Sterben und von Gott. Sie wurde zu Bett gebracht und lag am nächsten Morgen noch in derselben Stellung; hatte eingenäßt. Den ganzen Vormittag aß sie nicht, blieb im Bett, sprach nicht. Auch in der letzten Nacht näßte sie ein, hatte morgens Erbrechen; sie wurde widerstrebend in die Klinik gebracht.

Status.

Größe 1,59, Gewicht 69,3, Temperatur 37,5. Pat. ist kräftig gebaut, hat gute Muskulatur und Fettpolster, gesunde Gesichtsfarbe, etwas Prognathie. Der Kopf ist anscheinend nicht empfindlich. Die Pupillen sind über mittelweit, gleich. R. L. pos. prompt, R. C. und A. B. nicht zu prüfen, da Pat. Aufforderung nicht befolgt. VII symmetrisch.

Gaumenbogen gleichmäßig gehoben. Das vasomotorische Nachröten ist nicht besonders lebhaft. Die Kniephän. pos., ziemlich lebhaft. Achilles pos. Zehen plantar.

Gravida im 9. Monat. Pat. sitzt völlig apathisch da und spricht kein Wort, auch nicht auf Anrede. Bisweilen fixiert sie plötzlich einen Gegenstand, greift nach ihm, läßt ihn wieder los und blickt wieder starr vor sich hin. Mit dem Mund macht sie grimassierende Bewegungen, schmatzt, stößt auf und bewegt die Zunge im Munde hin und her. Eine Zeitlang macht sie mit beiden Händen gleichzeitig eigentümliche Bewegungen, als wenn sie Garn abwickelte, blickt starr dabei auf die eine Hand. Bei starkem Kneifen der Glieder verzieht sie etwas den Mund, zieht aber dieselben nicht zurück; beim Versuch, ihren Arm zu heben, zeigt sich zeitweise starker Widerstand; manchmal läßt sie es sich gefallen, kehrt jedoch rasch zur alten Stellung zurück. Die Kranke steht auf Aufforderung nicht auf; mit Gewalt auf die Beine gestellt, bleibt sie stehen, läßt sich widerstrebend ein paar Schritte vorwärts führen und bleibt in der gegebenen Stellung stehen.

Am 5. 8. ist Pat. völlig mutistisch, läßt unter sich, ißt gut, wenn sie gefüttert wird.

Am folgenden Tage schüttelt sie fortwährend mit der rechten Hand und dem rechten Arm, weniger mit dem rechten Fuß, und gelegentlich auch mit der linken Hand. Auf Aufforderung hört sie damit auf und gibt die Hand. A. B., warum sie so mit der Hand schüttele, antwortet sie: „Mein Bruder soll nach dem Militär hin“. A. B. nach ihrem Befinden: „Ich soll mal tanzen“, wo sie sei: „Meine Schwester ist abgebrannt“, usw. Sie ist ganz unorientiert, die Sprache ist unbeholfen, nicht gut verständlich. Sie liegt apathisch da, führt mit dem rechten Arm fortwährend zuckende Bewegungen aus, die linke Hand ist ruhig. Die rechte große Zehe bewegt sich in unregelmäßigen Pausen nach oben. Da am 6. 8. Wehen abends beginnen, wurde sie in die Frauenklinik verlegt.

Am 21. 8. wird Pat. aus der Frauenklinik in die Nervenklinik zurückgebracht; während der Untersuchung spannt sich plötzlich der ganze Körper an, der Kopf dreht sich nach rechts, die Kranke macht greifende Bewegungen mit den Händen, hebt dabei langsam die Arme in die Höhe, die Pupillen sind etwas erweitert, die Reaktion nicht deutlich. Dauer des Anfalls nur einige Sekunden. Die Pat. weiß genau Bescheid über den Verlauf des Anfalles. Auf Anreden gibt sie Antwort, und der Anfall ist beendet. Die Pat. ist örtlich und zeitlich orientiert, beantwortet Fragen richtig, erzählt von den früheren Anfällen zu Hause und im Dienst; sie habe das Nahen der Anfälle nicht gefühlt. Von den Tagen vor der Aufnahme in die hiesige Klinik und von ihrem ersten Aufenthalt hier weiß sie nichts mehr.

Am 24. 8. tritt nachts ein kurzer Anfall auf, von dem sie morgens nichts weiß. Am linken Zungenrand ist eine prominente, leicht sugellierte, entschieden gequetschte Partie.

Am 28. 8. tritt ein schwerer und ein kurzdauernder Anfall auf; für beide herrscht Amnesie. Anfang September steht sie auf, hilft fleißig

bei den Hausarbeiten, ist sonst still in einer Ecke, unterhält sich mit niemandem. Am 7. September wird sie gebessert von der Schwester abgeholt. Sie soll noch Brom nehmen und in die poliklinische Sprechstunde kommen.

Fall XI. Frau Christine M., 32 Jahre alt.

Anamnese abgegeben vom Mann am 6. 2. 1909.

Keine Heredität, keine Blutsverwandtschaft. Pat. war früher nie krank. Heirat am 21. 7. 1907, am 23. 1. 1909 von Zwillingen entbunden. Das erste Kind wurde morgens um 6 Uhr mit der Zange geholt, das zweite Kind kam 3/4 Stunde später. Der Blutverlust bei der Entbindung war ziemlich stark; die Nachgeburt machte keine Schwierigkeiten. 3 Tage nach der Entbindung Temperatur 37,6, erst am 11. Tage trat hohes Fieber über 40° ein. Ausfluß bestand seit mehreren Tagen schon nicht mehr. Am 12. Tage war Pat. fieberfrei. Am 4. 2. Temperatur 37,4; ungefähr um 10 Uhr, als die Mutter des Ref. kam, setzte die Pat. gerade die Lysolflasche an, um daraus zu trinken. Sie erschrak, als sie die Schwiegermutter sah, und bekam wohl kaum etwas in den Mund, das Meiste wurde verschüttet. Heruntergeschluckt hat sie nichts. Ein Taed. vitae hat Pat. nie geäußert, nur gleich nach der Geburt meinte sie: „Wenn ich das noch einmal überstehen muß, gehe ich ins Wasser."

Sie hatte Angst, sie könnte allein mit den Kindern nicht fertig werden, und bat ihre Schwiegermutter, bei ihr zu bleiben, was diese ihr aber nicht zusagen konnte, da sie zu ihrem 72jährigen Manne zurückkehren mußte. Pat. stillte die Kinder bis zum 4. 2., dann wurde sie vom Arzt nach dem Suizidversuch nachmittags in die Frauenklinik geschickt. Der Arzt hatte bei wiederholten Untersuchungen in den letzten Tagen nirgends Schmerzhaftigkeit konstatieren können. Selbst bei starkem Druck nicht. Dagegen stellte er eine Nierenentzündung fest. Pat. war von Anfang an ängstlich, schlief nachts schlecht, weil sie meinte, sie könnte mit den Kindern nicht fertig werden; nur die Nacht vor dem Fiebertage war gut, sie phantasierte nicht, hörte keine Stimmen, hatte keine Erscheinungen, war völlig klar. Der Appetit war dauernd gut. Keine Ohnmachts-, Schwindel- oder Krampfanfälle traten auf. Etwa 3 Wochen vor der Geburt waren die Füße geschwollen, Gesicht und Hände nicht. Ref. fügt noch hinzu, daß Pat. sich vielleicht aufgeregt habe, weil sich ihre Eltern während des ganzen Wochenbettes kaum um sie gekümmert hätten.

Am 6. 2. 1909 wird Pat. aus der Frauenklinik gebracht, wo sie die letzte Nacht sehr unruhig gewesen war und öfters aus dem Bett kam. Auch hier ist sie ängstlich und unruhig, versuchte aus dem Bett zu kommen. A. B., ob sie ängstlich sei, wendet sie den Kopf ab, stöhnt; auf Zureden: „Ich bin ja nicht mehr zu retten jetzt." Auf die Frage, ob sie Angst vor dem Tode habe: „Ich muß ja doch sterben", ob sie meint, umgebracht zu werden, schüttelt sie den Kopf. Über die Kinder

habe sie sich gefreut; als man sie gefragt hat, ob sie Angst habe, nicht allein damit fertig zu werden, stöhnt sie, schüttelt den Kopf: „O Gott, ein kaltes Bad wäre gut; kann ich ein kaltes Bad kriegen?“ Pat. gibt auf weitere Fragen keine Antwort, stöhnt immer wieder, faßt unruhig, ängstlich mit den Händen ins Gesicht, schlägt auf die Bettdecke, richtet sich auf, legt sich wieder. Das Gesicht ist angstvoll verzerrt.

Status.

Größe 1,64, Gewicht 52,3, Temperatur 38,9. Kräftiger Knochenbau, mittelgute Ernährung und Muskulatur. Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Pupillen mittelweit, gleich, rund. R. L. pos. R. C. pos. A. B. frei. VII symmetrisch. Zunge gerade, zittert, belegt. Gaumenbögen gleichmäßig gehoben. Rachenreflex pos. Reflexe o. E. pos. Geringer Tremor man. Über der linken Radialis am Handgelenk mehrere feine Kratzstellen (Nadelkratzdefekt). Mechanische Muskelerregbarkeit gesteigert. Deutliches vasomotorisches Nachröten. Abdominalreflex pos. Kniephän. pos. Achilles pos. Zehen plantar. Pinselberührungen werden empfunden, spitz und stumpf wird meist richtig angegeben, zuweilen spitz statt stumpf. Puls 132, regelmäßig, ziemlich schwach, Herztöne rein. Lungen o. B. Abdomen weich; Bauchdecken ziemlich schlaff, pigmentiert, bes. die Linea alba. Beide Parametrien etwas druckempfindlich.

Am 7. 2. liegt Pat. unruhig im Bett, traumhaft benommen und antwortet nicht auf Fragen. Mit dem Mann, der sie besucht, spricht sie wenig.

10. 2. Pat. ist meist unruhig, weist Schlafmittel als Gift zurück, ist zeitweise völlig verwirrt. Leib aufgetrieben, empfindlich. Pat. läßt Stuhl unter sich gehen. Gyn. Untersuchung: Muttermund geschlossen, Uterus gut zurückgebildet. Parametrien und Ovarien frei. Hinterer Douglas etwas druckempfindlich. Blutig-seröse, nicht verfärbte, nicht besonders übelriechende Lochien. Im Ausstrich Gonokokken.

Am 12. 2. tritt hohes Fieber ein. Den Mann erkennt sie einige Tage später beim Besuch, ruft in stereotyper Weise immer wieder: „Hermann, bleib bei mir.“

Am 19. 2. klagt Pat. über heftige Stiche in der Herzgegend; die Herzaktion ist sehr beschleunigt, der erste Aortenton unrein, die Herzdämpfung nach links etwas verbreitert.

Am 25. 2. tritt etwas Husten auf und über der linken Lunge Schallverkürzung. Später ist über beiden Lungen mittelblasiges, feuchtes Rasseln zu hören, Schnurren, Pfeifen und Bronchialatmen. Der Puls ist dauernd beschleunigt. Pat. stöhnt viel, schläft schlecht, antwortet auf Fragen nicht, stößt zuweilen mühsam einige Worte hervor.

Am 5. 3. erfolgt der Exitus.

Fall XII. Frau Amanda R., 25 Jahre alt.

Anamnese, abgegeben vom Mann am 15. 2. 1909.

Die Schwester war nervenkrank, sonst keine Heredität. Pat. war früher nie krank, ist seit 12. 4. 1908 verheiratet und am 2. 2. war die Entbindung

normal, rasch, ohne großen Blutverlust. Sie stillte das Kind, war drei Tage nach der Entbindung traurig, daß die Nachbarin das Kind nicht weiterpflegen wollte, meinte, es müsse zugrunde gehen, und schlug am 12. 2. abends plötzlich vor, es sei am besten, wenn sie, der Mann und das Kind in den Tod gingen. Nachher machte sie sich darüber Vorwürfe. Kein Conamen suicidii. Sie bat den Referenten um sein Taschenmesser, um sich zu töten. Später wurde sie ängstlich und meinte, sie habe die ganze Welt belogen; alle müßten ihretwegen sterben, sie allein bliebe leben und käme in die Hölle. Während der Schwangerschaft war sie normal, fürchtete sich nur vor der Entbindung.

Status.

Größe 1,60, Gewicht 54, Temperatur 37,7. Grazil gebaut, leidliche Muskulatur und Ernährung. Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Pupillen weit (7 mm Durchmesser), gleich, rund. R. L. pos. R. C. pos. A. B. frei. Linkes Augenlid hängt etwas. VII symmetrisch. Zunge gerade, zittert etwas, belegt. Keine artikulatorische Sprachstörung. Rachenreflexe pos. Gaumenbogen gleichmäßig gehoben. Reflexe o. E. pos. Kein Tremor man. Mechanische Muskelerregbarkeit gering. Vasomotorisches Nachröten vorhanden. Kniephän. lebhaft. Achilles pos. Zehen plantar. Puls 120, nicht besonders kräftig. Brüste prall, entleeren schon ohne Druck reichlich Milch. A. B. gibt Pat. an, wegen Selbstmordgedanken sei Gott ihr böse und zur Strafe solle ihr Mann und ihr Kind sterben; sie werde nie wieder zu ihrem Manne kommen.

Am 11. 2. bittet sie um ein Messer, damit sie sich umbringen könne.

17. 2. Pat. ist ängstlich gespannt, macht stereotype Bewegungen; als wenn sie Garn aufwickele, dreht sie die Hände umeinander.

2. 3. Pat. bittet wiederholt um ihre Entlassung.

Am 12. 3. treten Menses auf. Pat. ist dauernd sehr gehemmt und traurig.

Am 27. 3. schreibt sie an den Mann und die Schwester eine Karte, deren Inhalt klar, verständig und geordnet ist.

15. 4. Pat. steht auf und geht in den Garten, ist noch immer sehr gehemmt, mutistisch.

Am 26. 4. wird sie gegen ärztlichen Rat vom Manne „gebessert“ zu den Eltern gebracht.

Bei den Eltern ging es nicht. Sie meinte, sie sei voll Ungeziefer, hörte Stimmen, hielt ein erleuchtetes Fenster für einen Teppich aus dem Schloß, in dem sie gedient hatte. Sonst hatte sie keine Sinnestäuschungen.

Pat. ist dauernd sehr gehemmt, wird Mitte Mai etwas freier, hilft fleißig bei der Hausarbeit. Am 30. 5. hat sie Besuch vom Mann, mit dem sie sich gut unterhält und fragt, ob sie nicht bald nach Hause kommen kann.

8. 6. Pat. scheint gleichmäßig etwas besserer Stimmung zu sein, wird allmählich etwas freier, gibt Antworten, schreibt geordnete Briefe

und wird am 19. 6. vom Manne gebessert nach Hause geholt, wo sie dann ganz gesund war, nur während der Menses etwas verändert.

II. Erkrankung. Eine Entbindung im Februar 1908 verlief ohne Folgen. Am 25. 11. 1912 war eine normale Entbindung und am 20. 1. 1913 wurde sie wieder traurig, äußerte Suizidideen, machte sich Selbstvorwürfe wegen des Haushalts, hatte keine Versündigungsideen. Sie wird am 28. 1. 1913 in die Klinik aufgenommen, ist dort dauernd deprimiert und gehemmt, wird am 6. 4. gebessert vom Manne nach Hause geholt.

Fall XIII. Else P., ledig, 21 Jahre alt.

Anamnese abgegeben von Beamten der Armen-Verwaltung am 27. 3. 1909.

Die Pat. wurde vor 2 Tagen in der Hansastraße aufgegriffen, weil sie Lärm gemacht und den Schutzmann angebettelt hatte. Vorher saß sie auf einem Stein und schlief. Sie war bis jetzt auf der Polizei gewesen und wurde nun der Armenverwaltung zugeführt, damit diese sie in der Klinik zur Beobachtung unterbringe. Pat. hat fortwährend durcheinandergeschwatzt, Witze gemacht, viel gelacht, kam vom Hundertsten ins Tausendste. Über ihre Personalien ist nichts bekannt.

Am 31. 3. Anamnese abgegeben von der Schwester.

Pat. ist am 7. 3. in der Frauenklinik entbunden und am 19. 3. entlassen worden und nach dem Lehmberg 18 gezogen mit ihrem Kinde. Schon in der Frauenklinik vor der Entbindung war Pat. bei Besuch von Angehörigen angeblich sehr aufgeregt und hat ganze Nächte nicht schlafen können. Die Entbindung war leicht, sie stillte das Kind, um das sie sich wenig kümmerte. Die Aufregung beim Besuch von Angehörigen blieb bestehen. Vom 19.—22. 3. war sie leidlich ruhig zu Hause, dann aber irrte sie dauernd auf der Straße umher, aß nichts, hatte kein Geld, sich etwas zu kaufen und blieb einmal Tag und Nacht von Hause weg und kam erst am nächsten Morgen zur Schwester in die Wohnung, wo sie etwas aß, sich aber nicht halten ließ, sondern auf den Lehmberg zurückwollte. Dort blieb sie auch nicht lange, ging wieder auf die Straße. Von der Schwester unbemerkt, soll sie am 25. 3. abends barfuß auf der Treppe ihrer Wohnung gelegen haben. Über die weiteren Ereignisse weiß Ref. nichts anzugeben. Abgesehen von einer Lungenentzündung, war Pat. früher nie krank gewesen. Auf der Schule hat sie gut gelernt, später war sie als Dienstmädchen in Stellung. Nach der Entlassung aus der Frauenklinik war sie dauernd sehr aufgeregt, hörte nicht auf den Rat der Schwester, schloß sich in ihrer Stube ein und riß dort alle Fenster auf. Sie hat angeblich Männer in weißen Laken, die sie ihnen abnehmen wollte, gesehen. Stimmen hat sie nicht gehört. Sie soll geäußert haben, Särge für sich und ihr Kind habe sie schon ausgesucht. Taed. vit. und Conamen suicidii waren nicht vorhanden. Keine Heredität. 2 Brüder und 5 Schwestern sind gesund, 4 Geschwister klein gestorben.

Status.

Kräftiger Knochenbau, gute Muskulatur und Ernährung. Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Pupillen rund, gleich, mittelweit. R. L. pos. R. C. pos. A. B. frei. VII symmetrisch. Sprache o. B. Zunge belegt, gerade, zittert nicht. Rachenreflex pos., Gaumenbögen gehoben. Reflexe o. E. lebhaft. Finger-Nasenversuch sicher. Händedruck rechts und links gleich. Kein Tremor man. Kniephän. lebhaft. Achilles pos. Kein Klonus. Zehen plantar. Sensibilität o. B. Herztöne rein. Puls 80, regelmäßig, mittelkräftig. Abdomen nicht druckempfindlich. Mammae schlaff, Lobuli deutlich fühlbar. Auf Druck entleert sich helle Flüssigkeit.

Am 28. 3. schreit Pat. und zankt sich mit den anderen, wird ins Isolierhaus verlegt.

Die Nacht vom 29. 3. ist sie sehr laut, schimpft auf die anderen Pat., schmiert mit Menstrualblut. Am Morgen sitzt sie vor dem Ventilationsgitter auf der Erde; sie müsse hier aus dem Fenster die dort befindlichen Puppenspiele sehen.

31. 3. Pat. ist dauernd heiter, gehobener Stimmung, redet fast ununterbrochen ideenflüchtig, häufig erotisch. Der Schlaf ist trotz Schlafmitteln oft unterbrochen, der Appetit wechselnd.

11. 4. Im Dauerbad und nachts auf Schlafmittel ist Pat. leidlich ruhig. Heiterer Affekt und Ideenflucht bleiben bestehen. Sie redet ununterbrochen, z. B. im Dauerbad: „Ich habe so Halsschmerzen, ich kann mir aber selber helfen; Arzt, hilf Dir selbst! Dann bist Du gesund; aber Gift habe ich auch schon wieder geschluckt, immer wieder voll Alkohol brauche ich nicht zu sein, bloß Wasser, immer Wasser von wegen der Pumpe; und sie pumpen die Luft aus der Brust in den Magen. Ich war vergiftet, weil ich zu viel Gift genommen habe, aber Abführmittel muß ich auch wieder haben."

17. 4. Trotz großer Heiserkeit spricht Pat. dauernd vor sich hin, knüpft an alle in ihrer Umgebung fallenden Worte an, ist ideenflüchtig. Der Schlaf ist trotz Schlafmitteln sehr dürftig.

28. 4. Seit 2 Tagen stieg die Temperatur und man hört seit einem Tage über den großen Bronchen Giemen und Rasseln. Erhebliche Prostration, Atmung ungenügend, Puls sehr beschleunigt, doch leidlich kräftig, Gesicht blaß und zyanotisch. Pat. jammert viel.

29. 4. Die Temperatur ist dauernd sehr hoch, Puls 140. R. h. u. Dämpfung, bronchiales Atmen. Aussehen elend. Pat. hustet wenig aus, ist apathisch.

30. 4. Die Temperatur bleibt unverändert hoch. Pat. spricht vor sich hin, ist oft benommen.

Am 31. 4. nimmt die allgemeine Schwäche zu. Die Dämpfung reicht rechts bis zur Mitte der Skapula. Bronchialatmen. Die Pat. ist schwer benommen, reagiert nicht auf Anruf. Am 2. 5. erfolgt um 6 Uhr morgens der Tod an Pneumonie.

Fall XIV. Frau Magdalene J., 32 Jahre alt.

Anamnese abgegeben vom Manne am 18. 8. 1909.

Keine Heredität. Vater an Magenkrebs gestorben. Pat. war als junges Mädchen bleichsüchtig, hatte mit 26 Jahren Flechten, war sonst gesund. Bis 1907 hat sie beim Bauer gedient, seitdem ist sie bei der Mutter; war früher nie gemütskrank. Am 17. 5. 1908 war die Hochzeit, am 21. 7. 1909 die Entbindung. Die Geburt war leicht, keine Blutung, Wochenbett 10 Tage. Auf Rat des Arztes wurde das Kind nicht angelegt, sie war zu flau. Ref. meint, sie habe im Frühjahr zu viel gearbeitet, seitdem fühle sie sich flau. Seit dem Wochenbett klagt sie über Schmerzen in Brust, Rücken, Armen und Beinen, ist häufig trüb gestimmt, liegt oft zu Bett und arbeitet nichts mehr. Lebensüberdruß hat sie nicht geäußert. Schlaf leidlich, Appetit wenig, Verdauung träge, kein Schwindel, keine sonstigen Anfälle, keine Angst, keine Halluzinationen. Vor 5 Jahren hat sie ein uneheliches Kind gehabt. Schon im August 1908 klagte Pat. über Schmerzen, die in die Beine schossen, und über Kopfschmerzen. Die ganze Zeit der Schwangerschaft wurde in verschiedenem Grade geklagt.

Status.

Grazil gebaute Frau, leidlicher Ernährungszustand, mäßige Muskulatur; Schleimhäute gut gefärbt, ebenso das Gesicht. Kopf auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Pupillen mittelweit, gleich, rund. R. L. pos. R. C. pos. A. B. frei. VII symmetrisch. Zunge gerade, stark belegt, zittert etwas. Gaumenbögen gerötet, gleichmäßig gehoben, Zäpfchen nach rechts. Rachenreflexe schwach. Coniunctivalreflex stark herabgesetzt. Leichte Coniunctivitis. Etwas Struma. Reflexe o. E. lebhaft. Vasomotorisches Nachröten und mechanische Muskelerregbarkeit nicht besonders lebhaft. Abdominalreflex pos. Händedruck rechts und links bds. gering. Etwas Tremor man. Sehr lebhafte Kniephän., kein Klonus, Achilles pos. Zehen plantar. Gang o. B. Kein Romberg. Leise Berührung richtig lokalisiert; Spitze und Knopf unterschieden. Schmerzempfindung erhöht. Ovarialdruckpunkte bds. Epigastrium leicht druckempfindlich. Puls 96, etwas gespannt, regelmäßig. Etwas Zyanose der Lippen. Herzdämpfung nicht vergrößert, Töne rein, Lungen o. B. Keine Nervendruckpunkte. Extreme Beugung im Hüftgelenk beim gestreckten Knie nicht schmerzhaft.

Die Pat. gibt a. B. an, daß sie seit Oktober 1908 an Schmerzen im rechten Bein leide, die auch in den Rücken und die rechte Schulter hinaufzogen; später empfand sie auch in der linken Schulter und den Händen Schmerzen. Seit der Geburt des Kindes sei sie müde und matt, schlafe gut, wenn die Schmerzen sie nicht stören.

19. 8. Pat. ist ruhig und geordnet, hat gut geschlafen; klagt über leichte Schmerzen in den Gliedern.

2. 9. Pat. hat etwas zugenommen. Über Schmerzen wird weniger geklagt. Sie ist ruhig, freundlich und gut gestimmt.

Einige Tage ist sie deprimiert und meint, die Schmerzen im linken Arm gehen nicht wieder weg.

Am 10. 9. hat sie wieder mehr Zuversicht und ist gut gestimmt.

Am 17. 9. tritt eine Angina auf, besonders rechts ohne Pfröpfe. Temperatur erhöht. Sie hat Schmerzen im rechten Arm und ist trotz Zureden trüber Stimmung.

Die Angina ist am 22. 9. geheilt, aber Pat. will wegen Schmerzen und Schwäche im rechten Arm elektrisiert werden; sie meint, dadurch käme die Kraft wieder.

Am 30. 9. glaubt Pat., die dauernd wechselnde Klagen hat, es sei doch etwas besser.

12. 10. Pat. klagt über Schmerzen in der Schulter, die sie beim Stricken bekomme. Sie beschäftigt sich ohne Energie mit Hausarbeit.

18. 10. Pat. ist sehr deprimiert, klagt über Kopfschmerzen, will nach Hause.

19. 10. Eintritt der Menses. Die Stimmung der Pat. ist wechselnd, sie hat Heimweh. Am 28. 10. meint sie, die Schmerzen im rechten Arm und im rechten Bein seien so gering, daß sie dadurch nicht mehr behindert sei.

Am 2. 11. wird sie, obgleich sie noch Flimmern vor den Augen, Schmerzen im Rücken, Eingenommenheit des Kopfes hat, vom Manne abgeholt. Sie hilft beim Reinmachen, macht Handarbeiten. Wird wesentlich gebessert entlassen.

Fall XV. Frau Martha O., 18 Jahre alt.

Anamnese am 21. 10. 1909 vom Manne abgegeben.

Eine Schwester nervenkrank, sonst keine Heredität. Heirat am 14. 11. 1908. Menses waren immer normal, war immer gesund, auch während der Schwangerschaft keine besonderen Beschwerden. Geburt ohne ärztliche Hilfe am 15. 10. Blutung zwischen Geburt, die normal war, und Nachgeburt etwas stark. Wenige Tage vor der Entbindung sprach Pat. oft unbewußt vor sich hin. Die ersten 3 Tage nach der Geburt war sie normal, am 16. 10. legte sie das Kind an. In der Nacht vom 17. auf den 18. fing sie an, zu phantasieren, rief nach den Eltern, wußte nicht, wo sie war, sprang aus dem Bett, riß die Fenster auf, ließ sich nur mit Gewalt im Bett halten. Am Tage war sie ganz klar, in den folgenden Nächten phantasierte sie wieder und war tags auch nur zeitweise klar. Sie schien Stimmen zu hören, fragte und antwortete. Zuweilen schien sie etwas mißtrauisch, meinte z. B., man solle die Sachen ihres Kindes wegschließen. Keine Angstanfälle, kein Schwindel, keine Krämpfe. Sie stillte bis jetzt.

Status.

Größe 1,62, Gewicht 55,7, Temperatur 37,8. Mittelkräftig, gesundes Aussehen, Muskulatur und Ernährung mäßig. Kopf auf Beklopfen angeblich empfindlich. Pupillen mittelweit und rund. R. L. pos. R. C. pos.

A. B. pos. VII symmetrisch. Zunge gerade, wenig belegt. Gaumenbogen gleichmäßig gehoben. Ziemlich lebhafter Würgreflex. Sprache o. B. Reflexe o. E. pos. Kein wesentlicher Tremor man. Vasomotorisches Nachröten lebhaft. Mechanische Muskelerregbarkeit nicht gesteigert. Kniephän. ziemlich lebhaft. Achilles pos. Kein Klonus. Zehen plantar. Sensibilität o. B. Gang o. B. kein Romberg. Puls 88, regelmäßig, leidlich kräftig. Herztöne rein. Dämpfung nicht vergrößert. Mammae gefüllt, nicht empfindlich. Abdomen nicht empfindlich. Im Urin Spuren Eiweiß, spärlich Zucker.

Pat. gibt an, daß sie nach der Heirat am 28. 11. schon ein Kind gehabt habe. Geburt war normal. Sie nährte das Kind 6 Wochen lang. Sie weint fast während der ganzen Untersuchung, hält die Hände vors Gesicht und wiederholt mehrmals mit theatralischem Pathos: „O meine Nerven, meine Nerven."

Die ersten Tage war Pat. zeitweise unruhig und stöhnte, kam aus dem Bett, jammerte, wird am 26. 10. ruhiger, ist leicht gehemmt, macht zuweilen einen etwas unbesinnlichen, benommenen Eindruck, ist blaß und matt. Sie benimmt sich wechselnd wie ungezogene Kinder, bessert sich, arbeitet im Haushalt mit, hat ein etwas scheues, zurückhaltendes Wesen, kann aber, da sie nicht mehr klagt, auch guter Stimmung ist, am 8. 11. als geheilt entlassen werden.

Fall XVI. Hedwig S., ledig, 34 Jahre alt.

Pat. war als Kind sehr aufgeregt, litt mit 14 Jahren an Blutandrang zum Kopfe, war ganz still, hatte keine Lebenslust und Schlafwandlerzustand.

Mit 20 Jahren (1895) erkrankte sie, redete irre, hatte nachts Gesichtshalluzinationen, weinte viel, Suizidgedanken. Alles kam ihr verändert vor. 1/2 Jahr Bettruhe. Pat. war 1/2 Jahr danach Pflegerin in einer Kaltwasserheilanstalt, darauf Köchin, wurde aber wieder aufgeregt und fühlte eine Leere im Kopf. Nach 14 Monaten gab sie die Arbeit auf und lag 1/4 Jahr zu Haus, hatte Suizidgedanken, wollte sich die Pulsader durchschneiden. In den nächsten Jahren bis 1900 lag sie tagelang wie tot im Bett, mußte von Dezember an ganz im Bett bleiben und hatte Lebensüberdruß. Im März 1901 kam sie in die Nervenklinik nach Halle, wo sie bis April blieb. Sie hatte damals eigentümlich verstrichene Gesichtszüge, keine besondere Stimmungsanomalie und war orientiert. Sie gab an, der ganze Körper sei wie taub und abgestorben, von der Funktion der Innenorgane merke sie nichts. Im Kopfe sei es, als ob kein Gehirn darin wäre, das Denken gehe nicht mehr recht. Aus der Klinik wird sie im Mai ganz geheilt entlassen.

Mit 25 Jahren, 1903, kam sie des gleichen Leidens wegen in die Nervenklinik nach Gießen.

Am 29. 9. 1909 wird sie in der hiesigen Nervenklinik aufgenommen.

Am 30. 6. wurde sie von einem gesunden Knaben entbunden. Das Kind gab sie in Pflege, bezahlte dafür und nahm eine Stellung zum 15. 10.

an. Seit 3 Wochen aber fühlt Pat. sich wieder schlecht, die Gedanken seien weg, die Menschen kämen ihr anders vor. Sie macht sich Gedanken über ihre zukünftige Stellung, und die Lust, für das Kind doppelt zu arbeiten, sei weg. Schlaf und Appetit ist schlecht. Diese Umwandlung datiere seit der ersten Menses nach dem Partus Anfang September. Kein Conamen suicidii, örtlich und zeitlich orientiert; doch jammert Pat. während der ganzen Untersuchung unausgesetzt mit etwas theatralischem Pathos: „Was soll aus meinem Kindchen werden, wenn meine Mittel erschöpft sind?“

Status.

Größe 1,58, Gewicht 60,5, Temperatur 37. Mittelkräftig, gute Ernährung, leidliche Muskulatur. Ziemlich blaß. Schädel auf Beklopfen angeblich im ganzen sehr empfindlich. Druck auf den Hinterkopf schmerzhaft. Pupillen mittelweit, nicht ganz rund, gleich. R. L. pos. R. C. pos. A. B. frei. VII symmetrisch. Zunge gerade, belegt. Keine artikulatorische Sprachstörung. Gaumenbogen gleichmäßig gehoben. Reflexe o. E. pos. Deutlicher Tremor. man. Finger-Nasenversuch sicher. Mechanische Muskelerregbarkeit gering. Vasomotorisches Nachröten deutlich. Kniephän. ziemlich lebhaft. Achilles pos. Zehen plantar. Kein Patellar-, kein Fußklonus. Pinselberührungen prompt lokalisiert. Spitz und stumpf unterschieden. Schmerzempfindung normal. Kein Romberg. Gang sicher. Puls 80, regelmäßig, von mittlerer Füllung und Spannung. Herztöne rein. Lungen o. B. Leib weich, nicht druckempfindlich. Anfangs jammert Pat. noch viel, was aus ihrem Kindchen werden soll, sie wolle wieder anfangen, zu arbeiten, um bezahlen zu können. Seit dem 6. 10. bessert sie sich allmählich, wird zuversichtlicher und besserer Stimmung und kann am 23. 10. gebessert entlassen werden.

Fall XVII. Frau Frieda S., 31 Jahre alt.

Wurde am 6. 2. 1909 vom Manne gebracht, der folgende Anamnese abgab:

Heredität besteht nicht, Pat. war früher immer gesund, hatte nie Krämpfe, Nachtwandeln, Bettnässen. In der Schule lernte sie gut, war danach meist zu Hause, dann als Dienstmädchen in Stellung und heiratete mit 23 Jahren. Sie hatte einen Umschlag, machte dann 3 Entbindungen durch, von denen die erste wegen „Verwickelung der Nabelschnur“ eine Zangengeburt war. Im 5. Monat der ersten Gravidität (1904) bekam sie Anfälle, die anfangs nur nachts im Schlaf auftraten. Sie knirschte mit den Zähnen, bekam Zuckungen in Armen und Beinen, dabei heftigen Schweißausbruch; sie wurde blaß im Gesicht, war bewußtlos. Der Anfall dauerte ein paar Minuten, danach trat jedesmal sehr fester, stundenlanger Schlaf auf, oft Zungenbiß, kein Bettnässen. Anfangs kamen die Anfälle ca. alle 4—8 Wochen, dann traten einige Nächte mehrere auf. Sie wußte nichts von den Anfällen. Dieselben traten nach der Geburt des Kindes gewöhnlich zur Zeit der Menses auf, auch während der letzten Gravidität alle 4—8 Wochen. Seit einem Jahre treten ab und zu auch

am Tage Anfälle auf. Jetzt hatte sie am 30. und 31. und 1. morgens und nachts Anfälle, dann in der Nacht auf den 5. Februar zweimal und in der letzten Nacht dreimal. Beim letzten Anfall morgens fiel sie aufs Gesicht und verletzte sich dasselbe. Nach den Anfällen sprach sie zuweilen 10 Minuten lang verwirrt. Zur Zeit der Anfälle klagte sie auch sonst über Kopfschmerzen, Schmerzen in den Beinen und Schluckbeschwerden. Abscencen und Schwindelanfälle traten nicht auf. Zur Zeit der Anfälle war sie in den letzten Jahren sehr still, zuweilen auch leicht gereizt; das Gedächtnis nahm ab. Ergänzend erfahren wir noch von der Kranken, daß die Anfälle 8 Wochen ausgesetzt hatten und nun seit 14 Tagen gehäuft auftreten, ca. 1—3 Anfälle nachts, einer am Tage. Zungenbisse kamen wiederholt vor, am Tage auch Verletzungen an Stirn und Nase. Die Menses sind ohne Beschwerden regelmäßig, die Anfälle meist kurz danach.

Status.

Größe 1,58, Gewicht 49, Temperatur 37,7. Die Kranke ist grazil gebaut, von mittlerer Muskulatur und Ernährung, blasser Hautfarbe. Der Schädel ist auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Die Pupillen sind mittelweit, rund, die linke eine Spur größer als die rechte R. L. pos. R. C. pos. A. B. frei. VII symmetrisch. Zunge gerade, zeigt einige Bißwunden. Die Gaumenbogen sind gleichmäßig gehoben. Rachenreflexe schwach. Die Sprache ist leicht hesitierend, etwas verwaschen. Finger-Nasenversuch ist sicher. Kein Tremor man. Kniephän. sind lebhaft, Achillesphän. pos. Zehen plantar, kein Klonus. Pinselberührungen werden prompt lokalisiert, Spitze und Knopf unterschieden, die Schmerzempfindung ist normal. Puls ist 88, regelmäßig und kräftig. Die Kranke ist örtlich und zeitlich orientiert.

Am 7. und 8. 2. treten kurze Anfälle auf mit Zungenbiß, dann hören die Anfälle auf und am 16. 2. verläßt Pat. das Bett und geht in den folgenden Tagen auch in den Garten. Vom 20.—24. 2. muß die Kranke der eingetretenen Menstruation wegen das Bett hüten. Da keine Krämpfe auftreten, kann sie am 5. 3. als gebessert entlassen werden.

Literatur.

1. Binswanger und Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie.
2. Fürstner, Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. 1874, Band 5.
3. E. Goepel, J. D. Ein Beitrag zur Lehre von den posteklamptischen Psychosen. Kiel 1912.
4. Hoche, Über puerperale Psychosen. Arch. f. Psych. Band 24.
5. H. Senator und S. Kaminer, Krankheiten und Ehe.
6. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie.
7. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie.
8. E. Meyer, Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena 1907.
9. E. Meyer, Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. Band 48, 2. Heft.
10. Raecke, Die transitorischen Bewußtseinsstörungen. Halle 1903.
11. Runge, Die Generationspsychosen des Weibes. Berlin 1911.
12. Siemerling, Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Kiel 1904.
13. Siemerling, Nervöse und psychische Störungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Lebenslauf.

Ich, Betty Warburg, mosaischer Konfession, wurde am 27. September 1881 als Tochter des Geh. Kommerzienrats Albert Warburg in Altona geboren. Ich besuchte dort die höhere Töchterschule und bereitete mich später durch Privatunterricht auf die Reifeprüfung vor, die ich Ostern 1908 am Realgymnasium in Flensburg bestand. 1910 begann ich das medizinische Studium in Berlin, wo ich zwei Semester blieb. Nach weiteren drei Semestern in Kiel machte ich dort das Physikum. Von den fünf klinischen Semestern studierte ich eins in München, zwei in Freiburg und zwei in Kiel, wo ich im Mai 1915 das medizinische Staatsexamen bestand.